

Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisqualität in der
Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig

Von der Fakultät für Lebenswissenschaften
der Technischen Universität Carolo-Wilhelmina

zu Braunschweig

zur Erlangung des Grades einer
Doktorin der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

genehmigte

D i s s e r t a t i o n

von Elena Röbig
aus Wolfsburg

1. Referent:

Prof. Dr. Wolfgang Schulz

2. Referent:

Prof. Dr. Kurt Hahlweg

eingereicht am:

12.01.2011

mündliche Prüfung (Disputation) am:

29.03.2011

Druckjahr 2011

Danksagung

Ich möchte mich zunächst ganz herzlich bei Herrn Prof. Dr. Wolfgang Schulz für die intensive Betreuung und die Begutachtung meiner Dissertation bedanken. Des Weiteren bedanke ich mich bei Herrn Prof. Dr. Kurt Hahlweg für Anregungen, Unterstützung und Übernahme der Zweitbegutachtung.

Darüber hinaus möchte ich mich bei einigen Mitarbeitern der Psychotherapieambulanz Braunschweig bedanken, zum einen bei Herrn Prof. Dr. Christoph Kröger, der mir unterstützend zur Seite stand. Zum anderen bei Frau Edeltraut Felske, Frau Antje Bartholomae-Widderich und Frau Kirsten Winter, die mir mit großem Einsatz bei der Erstellung des Datensatzes behilflich waren, sowie allen anderen lieben Kollegen, die immer motivierende Worte für mich fanden. Im diesem Zusammenhang bedanke ich mich bei Frau Farina Tammen und Frau Berit Kleine, die eine Bachelor- bzw. Diplomarbeit im Rahmen des Projektes schrieben und ihre „Arbeitstage“ mit mir im eiskalten Archiv abstatteten. Herrn Lars Paternoster danke ich für die Daten-Exporte.

Mein privater Dank gilt meinen lieben Freunden und meinem Freund Sören Pannenberg, die mir stets motiviert zur Seite standen, mir den Rücken freihielten und denen ich stundenlang von den gleichen Komplikationen berichten durfte. Schließlich danke ich meiner lieben Familie für die Unterstützung jeglicher Art der letzten Jahre, insbesondere meiner Mutter Christine Röbig, auf die als Korrektur-Leserin und seelische Unterstützung stets Verlass war.

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	1
Summary	2
1. Einleitung	3
2. Theoretischer Hintergrund	4
2.1 Grundlagen zur Psychotherapieforschung	4
2.2 Definition und Dimensionen von Qualität	5
2.3 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement	6
2.4 Qualitätssicherung in der Psychotherapie	8
2.4.1 Gesetzliche Grundlagen	11
2.4.2 Modelle zur Qualitätssicherung und Zertifizierung	12
2.4.3 Statistische Wirksamkeit vs. klinische Brauchbarkeit	14
3. Studien zur Ergebnisqualität	16
3.1 Ergebnisse von RCT-Studien	17
3.2 Vorstellung von Effectiveness-Studien	21
3.3 Studien zu Einflussfaktoren auf das Ergebnis von Psychotherapien	27
4. Beschreibung der Psychotherapieambulanz der Technischen	29
Universität Braunschweig	29
4.1 Psychotherapeutisches Vorgehen	29
4.2 Therapeuten	30
4.3 Diagnostisches Vorgehen	30
4.3.1 Eingangsdiagnostik	31
4.3.2 Zwischen- und Abschlussmessungen	32
4.3.3 Katamnesemessungen	33
5. Fragestellungen und Hypothesen	33
5.1 Hypothese 1: Allgemeine Ergebnisqualität	33
5.2 Hypothese 2: Störungsspezifische Ergebnisqualität	35
5.3 Hypothese 3: Einfluss von soziodemografischen Daten und Therapiedaten auf den Therapieerfolg und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs	36
6. Methode	37
6.1 Darstellung der Patientenstichprobe	37
6.1.1 Selektionsweg	37
6.1.2 Soziodemografische Daten	38
6.1.3 Therapiedaten	40
6.1.4 Diagnosen	41
6.2 Datenerhebung	43
6.2.1 Messzeitpunkte und Datenquellen	43
6.2.2 Messinstrumente	44
6.3 Statistische Auswertung	46
6.3.1 Berechnete Maße und Tests	47
6.3.2 Umgang mit fehlenden Daten	49
6.3.3 Ausgangsbelastung	50
6.3.4 Completer vs. Intention-to-treat Analysen	50
7. Ergebnisse	50
7.1 Hypothese 1: Allgemeine Ergebnisqualität	51
7.1.1 Therapieerfolg	51
7.1.2 Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs	57
7.1.3 Intention-to-treat Analyse	63
7.2 Hypothese 2: Störungsspezifische Ergebnisqualität	64
7.2.1 Depression	65

7.2.2 Panik/ Agoraphobie	73
7.2.3 Soziale Phobie	81
7.2.4 Zwangsstörungen	89
7.2.5 Gegenüberstellung der Ergebnisse zu Störungsgruppen	97
7.3 Hypothese 3: Einfluss von soziodemografischen Daten und Therapiedaten auf den Therapieerfolg und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs	98
7.3.1 Soziodemografische Daten.....	98
7.3.2 Therapiedaten	100
7.4 Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit Efficacy-Studien	103
7.5 Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit Effectiveness-Studien	105
8. Diskussion	113
8.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse	113
8.1.1 Allgemeine Ergebnisqualität	113
8.1.2 Störungsspezifische Ergebnisqualität.....	116
8.1.3 Einfluss von soziodemografischen Daten und Therapiedaten auf den Therapieerfolg und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs	119
8.2 Grenzen und Einschränkungen der Studie	121
8.3 Ausblick	123
Literatur	125
Anhang A: Hypothese 1	134
Anhang B: Hypothese 2	141
Anhang C: Hypothese 3	180

Zusammenfassung

Die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie ließ sich in vielen Studien belegen. Die Übertragbarkeit dieser Ergebnisse auf den klinischen Alltag wurde in der vorliegenden Studie geprüft. Die klinische Brauchbarkeit der ambulanten Psychotherapien in der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig wurde in Bezug auf den Therapieerfolg (Prä-Post-Vergleich) und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs (Post-Follow-Up-Vergleich) untersucht. Bei der Stichprobe handelte es sich um 519 Patienten, die ihre Therapien zwischen dem Jahr 2000 und Anfang des Jahres 2010 absolvierten. Neben der Analyse der Gesamtstichprobe anhand der SCL-90-R und dem BDI wurden störungsspezifische Analysen (Depression, Angst, Soziale Phobie, Zwang), teilweise mit zusätzlichem Einsatz störungsspezifischer Instrumente, durchgeführt. Es wurde vorwiegend auf Completer-Daten zurückgegriffen und die Gesamtgruppe aller Patienten/Diagnosegruppen sowie die Patienten mit pathologischem Ausgangswert getrennt betrachtet. Einzelne Intention-to-treat Analysen ergänzten die Ergebnisse. Darüber hinaus wurde der Einfluss von soziodemografischen Daten und Therapiedaten auf den Therapieerfolg bzw. die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs untersucht. Als statistische Maße fanden Mittelwertsvergleiche, Effektstärken, klinische/statistische Signifikanzen, z-Wert Profile und Korrelationen Verwendung.

Für die Gesamtstichprobe der Patienten sowie die Diagnosegruppen zeigten sich über alle Messinstrumente hinweg statistische Unterschiede zwischen der Prä- und Postmessung sowie mittelhohe bis hohe Effektstärken in den Completer-Analysen ($d=0,56$ bis $1,70$) sowie in der Intention-to-treat Analyse der Gesamtstichprobe ($d=0,70$ bis $0,98$). Die Raten an klinischer und statistischer Verbesserung lagen in der Gesamtstichprobe zwischen 31,2 und 71,3%, vergleichbare Werte wurden für die Störungsgruppen gefunden. Darüber hinaus konnte die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs belegt werden. Des Weiteren fanden sich geringfügige Einflüsse einiger soziodemografischen Daten und Therapiedaten.

Die vorliegende Studie konnte die Wirksamkeit ambulanter Psychotherapie sowie die Aufrechterhaltung der erzielten Verbesserungen nach Therapieende in der Psychotherapieambulanz Braunschweig belegen und konnte daher zeigen, dass kognitive Verhaltenstherapie auch unter Routinebedingungen wirksam ist. Die ermittelten Ergebnisse wurden denen von Efficacy- und Effectiveness-Studien gegenübergestellt und zeigten sich vergleichbar. Einschränkungen der Studie sowie Implikationen für die Qualitätssicherung in der Psychotherapieambulanz Braunschweig und zukünftige Forschung wurden diskutiert.

Summary

The efficacy of cognitive behavioural therapy has been demonstrated in randomised controlled trials (RCTs). The portability of these results to the natural setting in the Psychotherapieambulanz Braunschweig was the objective of the available study. It explored therapy effects as well as the maintenance of these effects after the end of therapy. The sample contained 519 patients, who received therapy between the year 2000 and the beginning of 2010. The efficacy of the whole sample and of all sub-samples, dependent on the diagnosis (depression, anxiety disorders, social phobia and obsessive-compulsive disorder), was analysed by SCL-90-R, BDI and diagnosis specific instruments. Mainly completer-data, but also Intention-to-treat-data were used and the basis of Pretest-scores was considered. Furthermore, the influence of demographic variables and therapy data on the efficacy of therapy and the maintenance of these effects after the end of therapy were examined. Mean differences, effect sizes, statistical/clinical significance, z-score profiles and correlations were determined.

Pre-post test analysis showed significant reductions in symptoms and effect sizes, which were between medium height and high (Completer: $d=0,56$ to $1,70$; Intention-to-treat: $d=0,70$ to $0,98$). Regarding the whole sample, the rates of statistical and clinical significance ranged from 31,2 to 71,3%, comparable rates were found for diagnosis sub-groups. The maintenance of the therapy effects has been demonstrated by analysing the Follow-Up data. Furthermore, a small influence of some demographic variables and therapy data on the efficacy of therapy and the maintenance of these effects after the end of therapy was found.

Cognitive therapy in the Psychotherapieambulanz Braunschweig was effective and the effects were stable. Findings were comparable to the results found in RCTs and other effectiveness-studies. Therefore it can be assumed that the results of RCTs can be transferred to the natural setting. Limitation of the available study and implications for the quality assurance in the Psychotherapieambulanz Braunschweig and future research were discussed.

1. Einleitung

Psychische Erkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitet und bringen eine starke Einschränkung der Lebensqualität mit sich. Die Ergebnisse des Bundes Gesundheitssurveys (1998/1999) zeigen, dass ungefähr jeder dritte erwachsene Deutsche im Laufe eines Jahres an einer psychischen Störung erkrankt (Wittchen & Jacobi, 2001). Dies sind pro Jahr etwa 16 Millionen Menschen deutschlandweit. Von diesen Personen suchen laut Survey 36% Hilfe beim Hausarzt oder wandten sich an psychiatrische/psychotherapeutische Dienste. Lediglich 10% der Erkrankten erhielten Therapie nach modernen wissenschaftlichen Kriterien. Darüber hinaus haben psychische Erkrankungen starken Einfluss auf die Arbeitsleistung und die Lebensqualität und verursachen enorme Gesundheitskosten (Greenberg, Stiglin, Finkelstein & Berndt, 1993; Jacobi, Hoyer und Wittchen, 2004; Rosenbaum & Hylan, 1999). Diese Auswirkungen verdeutlichen die Wichtigkeit von erfolgreicher Psychotherapie.

Die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren ließ sich in vielen Studien belegen (vgl. z.B. Übersichtsarbeit von Grawe, 1992; Übersichtsarbeit von Hollon & Beck, 2004). Offen bleibt jedoch die Frage, wie qualitativ hochwertig diese Verfahren, die in randomisiert-kontrollierten Therapiestudien (so genannten RCT-Studien) untersucht wurden, in der Praxis tatsächlich angewandt werden und ob ähnlich gute Erfolge wie in RCT-Studien erzielt werden. Shafran et al. (2009) kritisieren beispielsweise, dass kognitive Verhaltenstherapie zwar unter kontrollierten Bedingungen wirksam ist, jedoch zum einen zu selten in der Praxis angewandt und zum anderen die Therapie häufig suboptimal durchgeführt wird. Daher ist nochmals zu überprüfen, ob die Ergebnisse von kontrollierten Studien auf die klinische Praxis übertragbar sind, d.h., ob Therapien in der klinischen Praxis ebenso erfolgreich sind.

Die vermehrte Forderung nach Verfahren zur Qualitätssicherung, beispielsweise durch Gesundheitsbehörden und Kostenträger, führte in den letzten Jahren zur Entwicklung eines weiteren wichtigen Aufgabenfeldes in der Psychotherapie. Sowohl gesundheitspolitische als auch gesundheitsgesetzliche Aspekte, die Verknappung von Ressourcen, konkurrierende Behandlungsangebote als auch die Forderung von Patienten führten in den letzten Jahren zu einem stringenteren und systematischeren Vorgehen sowie zu einer Flut von Aktivitäten zur Qualitätssicherung. Je nach Standpunkt und Sichtweise wird Qualitätssicherung dabei als selbstverständliche Aufgabe, viel

versprechendes Instrument zur Kostensenkung oder sogar als Zumutung und Bedrohung von Routine angesehen.

Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes 1999 wird ein erheblicher Anteil der Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten durch psychologische Universitätsinstitute geleistet. Aufgrund der bisher kurzen Existenz fehlt es bislang an etablierten Strukturen zur Qualitätssicherung. Universitäten und anderen wissenschaftlich-klinischen Einrichtungen wird zukünftig die Aufgabe zuteilwerden, zum einen neue und bessere Behandlungsmethoden zu entwerfen, zum anderen aber auch deren Übertragung in den klinischen Alltag sicherzustellen (Hiller, Bleichhardt, Haaf, Legenbauer, Mauer-Matzen und Rübler, 2006).

Die vorliegende Arbeit untersucht daher die klinische Brauchbarkeit von ambulanten Psychotherapien an der Psychotherapeutischen Ambulanz der Technischen Universität Braunschweig. Zunächst wird der theoretische Hintergrund des Themas erläutert und Ergebnisse von RCT-Studien und Studien aus dem klinischen Alltag präsentiert. Anschließend wird die Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig beschrieben. Die Fragestellungen werden abgeleitet und die Methodik der vorliegenden Arbeit vorgestellt. Die erzielten Ergebnisse werden abschließend dargestellt und diskutiert.

2. Theoretischer Hintergrund

2.1 Grundlagen zur Psychotherapieforschung

Psychotherapieforschung befasst sich mit der Untersuchung verschiedener psychotherapeutischer Behandlungsformen, den Mechanismen und Prozessen, mittels derer diese Behandlungen wirken, sowie mit dem Einfluss von Behandlungsfaktoren und moderierenden Variablen auf adaptives bzw. maladaptives Verhalten (Kazdin, 1995, zitiert nach Farin & Bengel, 2003, S. 57). Die Frage nach der Wirksamkeit von Psychotherapie beschäftigt Therapeuten bereits seit Beginn des 20. Jahrhunderts. Eysenck publizierte 1952 mehrere Studien, anhand derer er schlussfolgerte, dass Psychoanalyse nach Freud wirkungslos sei und die Spontanheilung von psychischen Erkrankungen sogar behindere. Diese provokante Äußerung führte zur vermehrten Durchführung systematischer Wirksamkeitsstudien über Psychotherapie. Nach Farin und Bengel (2003) sind wesentliche Themen und Strategien der Psychotherapieforschung die Wirksamkeitsforschung in Bezug auf unterschiedliche

Therapierichtungen und den Einfluss verschiedenster Variablen (z.B. Patientenalter, Empathie des Therapeuten), die differenzielle Effektivitätsforschung, die Prozessforschung, die Einzelfallforschung, die Interaktions- und Episodenforschung, Kosten-Nutzen-Analysen und das Dosis-Wirkungs-Verhältnis von Psychotherapie, die Versorgungsforschung sowie Meta-Analysen und Evidence-based psychotherapie. Heutzutage gehört die Wirksamkeitsforschung zu den am häufigsten untersuchten Themen der psychotherapeutischen Forschung (Lambert & Bergin, 1994). Während lange Zeit lediglich kontrollierte, randomisierte Studien zur Bewertung von Psychotherapien herangezogen wurden, liegt der Fokus der Psychotherapieforschung aktuell auf Studien zur klinischen Brauchbarkeit, so genannten Effectiveness-Studien (vgl. Kapitel 2.4.3). Die vorliegende Studie bezieht sich ausschließlich auf Ergebnisse zur (kognitiven) Verhaltenstherapie.

2.2 Definition und Dimensionen von Qualität

Der Begriff Qualität beschreibt die „Summe aller Eigenschaften und Merkmale einer Einheit (z.B. eines Produktes oder einer Dienstleistung) bezüglich ihrer Eignung, festgelegte oder vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (Westerbusch, 1998, S. 6). Qualität ist daher rational definiert und beschreibt die Diskrepanz zwischen dem, was erreicht werden soll und dem, was tatsächlich erreicht worden ist. Es handelt sich daher um einen Soll-Ist-Vergleich. Eine mögliche Art der Diskrepanzreduktion ist die so genannte Qualitätsschleife (Sulz, 2005). Sie beinhaltet die Schritte Fehlersuche, Fehlererkennung, Fehleranalyse, Fehlerbehebung sowie die Evaluation der Problemlösung und vorbeugende Maßnahmen für die Zukunft. Es wird dabei insbesondere die Notwendigkeit von Rückkopplungsschleifen betont, um zu überprüfen, ob gefundene Mängel beseitigt werden konnten. Es wird jedoch kritisiert, dass viele Leistungserbringer ihre Arbeit und eventuelle Schwachstellen zwar beobachten und analysieren, beispielsweise durch das Sammeln relevanten Datenmaterials. Dies habe jedoch nur geringe oder keine Auswirkungen in Form von Rückkopplungsprozessen oder Anpassungen (z.B. Änderungen des Behandlungskonzeptes; Nübling & Schmidt, 1998).

Bereits seit den 60er Jahren wird der gesamte Behandlungsprozess in die noch heute gültigen Kategorien *Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität* unterteilt (Donabedian, 1966).

Unter *Strukturqualität* ist das quantitative und qualitative Gesamt an gesundheitspolitischen, organisatorischen, finanziellen, baulich-räumlichen, apparativen und personellen Ressourcen zu verstehen. Es sind also die grundlegenden Rahmenbedingungen der Psychotherapie, angefangen von der Sicherstellung der Versorgung bis hin zur Qualität von Ressourcen. Zur Erfassung wird in der Regel die Dokumentation relevanter Merkmale mit hinterlegten Bewertungskriterien verglichen. Diese Kriterien basieren auf fachlichen Standards, empirischen Vergleichen unter Leistungserbringern oder sind in einem Konsensprozess entstanden.

Unter *Prozessqualität* wird die Gesamtheit aller diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen verstanden. Diese sollten sich an Standards und Leitlinien des jeweiligen Fachbereiches orientieren. Bewährte Methoden stellen beispielsweise systematische Prozessdokumentationen, Mitarbeiterbefragungen, Zufriedenheitsbefragungen oder Bewertungen durch Kollegen in Form von Peer Reviews dar.

Die *Ergebnisqualität* wird als Kongruenz zwischen dem Behandlungsziel (Soll) und dem erreichten Ergebnis (Ist) definiert. Es ist daher notwendig, das angestrebte Ziel genau zu definieren, um die Qualität messen und erfassen zu können und geeignete Maßnahmen einzuleiten, um die Qualität weiter zu verbessern. Nach § 1 des Psychotherapeutengesetzes stellt die Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert das übergeordnete Ziel von Psychotherapie dar. Ergebnisqualität beinhaltet neben testdiagnostischen Daten zur Messung des psychischen Zustandes auch subjektive Bereiche, beispielsweise die Zufriedenheit von Patienten. Verfahren zur Erfassung der Ergebnisqualität sind beispielsweise Effekt-Evaluationsstudien, das Festlegen von Therapiezielen oder Fragebogen. In dieser Arbeit steht die Ergebnisqualität im Mittelpunkt der Betrachtung.

2.3 Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sind Sammelbegriffe, die eine Reihe von Maßnahmen und Ansätzen im Gesundheitswesen summieren, die es zum Ziel haben, die Qualität von Gesundheitsleistungen anhand von klinischen

Routinehandlungen zu beobachten, bewerten und zu verbessern (Härter, Linster und Stieglitz, 2003). Qualitätssicherung ist hierbei als untergeordneter Begriff des Qualitätsmanagements zu verstehen und umfasst den Teil des Qualitätsmanagements, der die Zielerreichung und die damit verbundenen Maßnahmen fokussiert. Qualitätsmanagement befasst sich darüber hinaus auch mit der Analyse von Qualität und der Weiterentwicklung der Qualitätssicherung (Fydrich, 2005).

Qualitätssicherung ist ein kontinuierlicher Prozess, in dem zunächst die erbrachte Qualität beobachtet und erfasst wird (Routinemonitoring), um diese mit dem Soll vergleichen zu können. Daher sind die Verfügbarkeit von empirisch begründeten oder konsensorientierten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen sowie die Existenz von qualitätsbestimmenden Kriterien (Standards) eine Voraussetzung zur Qualitätssicherung. Des Weiteren ist die Erhebung, Aufbereitung und Bewertung von Daten unabdingbar (Härter et al., 2003).

Qualitätssicherung lässt sich in interne und externe Maßnahmen unterteilen (Härter et al., 2003). Interne Maßnahmen werden eigenständig von der jeweiligen Institution durchgeführt. Sie dienen der Analyse von Schwachstellen, um Ansatzpunkte für Verbesserungsmöglichkeiten zu finden. Externe Maßnahmen hingegen werden von außen (z.B. durch Kostenträger) an Institutionen herangetragen sowie durchgeführt und dienen dem Vergleich mit festgelegten Standards oder mit anderen Institutionen. Häufig liegen Mischformen dieser zwei Typen von Qualitätssicherung vor. Im psychosozialen Bereich werden interne Maßnahmen wegen der zumeist höheren Effektivität und Akzeptanz bevorzugt. Eine weitere Unterscheidung kann in nicht-empirische und empirisch gestützte Qualitätssicherungsmaßnahmen getroffen werden. Beispiele für Erstere sind Ausbildungsrichtlinien, Supervisionen und Qualitätszirkel, für Letztere Patienten- und Mitarbeiterbefragungen, Routinekatamnesen und Basisdokumentationssysteme (Nübling & Schmidt, 1998).

Qualitätsmanagement beinhaltet, in Abgrenzung zur Qualitätssicherung, die Verankerung von Maßnahmen zur Qualitätssicherung in die Organisation seitens der Leitung, beispielsweise durch die Schaffung von Strukturen oder die Festlegung der Qualitätspolitik. Westermann (1998) definiert Qualitätsmanagement angelehnt an die ISO-Normen als „die Summe aller Tätigkeiten des gesamten Managements eines Unternehmens, welche im Rahmen des Qualitätsmanagementsystems die Qualitätspolitik, die Ziele und Verantwortung festlegt sowie die Erreichung der Ziele durch geeignete Mittel der Qualitätsplanung, der Qualitätslenkung, der

Qualitätssicherung und der Qualitätsverbesserung ermöglicht“ (S. 11). Qualitätsmanagement beinhaltet die Schritte Zielformulierung, Festlegung von Qualitätskriterien, Installation von Qualitätsmanagement sowie die Durchführung und Dokumentation („Qualitätskette“, Sulz, 2005). Es ist ein berufsgruppen- und hierarchieübergreifendes Konzept und zieht alle Qualitätsaspekte von Nutzern (z.B. Patienten), Leistungserbringern und des Managements mit ein und soll sich in den Leitlinien, dem Führungskonzept und dem Selbstverständnis der Mitarbeitern widerspiegeln. Im Vergleich zur Qualitätssicherung, die sich stark ergebnisorientiert zeigt, verfolgt das Qualitätsmanagement eine eher prozessorientierte Position.

2.4 Qualitätssicherung in der Psychotherapie

Konzepte zur Qualitätssicherung stammen ursprünglich aus der Industrie, beispielsweise die Total Quality Management-Strategien aus Japan (Härter, Stieglitz und Berger, 2009). Dieses Konzept fordert den Aufbau einer Qualitätskultur und -philosophie und basiert auf den Säulen Kundenorientierung, Prozessorientierung und Mitarbeiterorientierung (Janßen, 1997). Im Bereich des Gesundheitswesens gewann das Thema Qualitätssicherung erst viele Jahre später an Bedeutung, wobei man sich in Bezug auf Modellentwicklung und –einführung stark an den Vorbildern der Industrie orientierte (Laireiter & Vogel, 1998). Das Bemühen um Qualität in der Psychotherapie ist jedoch kein neues Bestreben (Hoffacker, 1997). Es gibt viele traditionelle Formen zur Sicherstellung und Garantie einer Mindestqualität der Behandlungsleistungen, die bereits vor der gesetzlichen Forderung nach Qualitätssicherung fest in den psychotherapeutischen Alltag integriert waren, beispielsweise Supervisionen oder die kontinuierliche Überwachung der eigenen Leistung durch Hilfe von Verlaufsdagnostik. Qualität im Rahmen des Gesundheitssystems stellt sich im Vergleich zur Industrie jedoch als erheblich komplexer dar (Härter et al., 2009). Zum einen lässt sich Gesundheit nicht rein materiell bestimmen, zum anderen müssen auch nicht-technologische Aspekte, beispielsweise die Patientenzufriedenheit, betrachtet werden. Des Weiteren kommt dem Patienten im Gesundheitssystem eine aktive Rolle zu, was eine unidirektionale Sichtweise undenkbar macht (Härter et al., 2003). Außerdem ist Qualität nur durch das komplexe Zusammenspiel verschiedener Faktoren zu erreichen.

Qualitätssicherung ist seit 1989 für den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland vom Gesetzgeber in den § 135-139 SGBV (Sozialgesetzbuch; BPI Service GmbH, 2006) als gemeinsame Aufgabe von Kostenträgern und Leistungserbringern festgeschrieben (vgl. Kapitel 2.4.1). Als Ziel wurde ein für alle Patienten hoher medizinischer Leistungsstandard im sowohl stationären als auch ambulanten Bereich definiert. Dies wurde von Leistungserbringern (Institutionen und Verbänden) zunächst nur mit Zögern angenommen. Inzwischen ist Qualitätssicherung als ein wichtiger Bereich der Psychotherapie etabliert. Sie ist ein weit verbreitetes Thema auf Fachkongressen und in Publikationen. Darüber hinaus kam es zum Aufbau von Gremien zur Qualitätssicherung und unter anderem zur Gründung von zwei Fachgesellschaften („Gesellschaft für Angewandtes Qualitätsmanagement im Gesundheits- und Sozialwesen e.V.“ und „GQMG- Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V.“) (Nübling & Schmidt, 1998).

In Bezug auf das Gesundheitswesen bzw. die Psychotherapie definiert die Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), eine amerikanische Organisation, deren Ziel es ist, die Sicherheit und die Qualität medizinischer Leistungen zu erhöhen, Qualität als „den unter Anwendung des derzeitigen Wissens vom jeweiligen medizinischen Versorgungssystem erreichten Grad der Wahrscheinlichkeit, für den Patienten erwünschte Therapieresultate zu erzeugen und unerwünschte Behandlungsergebnisse zu vermeiden“ (JCAHO, 1996, übersetzt in Härter et al., 2003, S. 23). Diese Definition fokussiert insbesondere das Behandlungsergebnis unter Ausblendung des Prozesses. Eine stärker am Patienten orientierte Definition stammt von Maß (1997, zitiert nach Härter et al., 2003, S. 23). Er versteht unter Qualität die „optimale Versorgung (psychisch) Kranker nach dem jeweils neustem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse unter Beachtung der besonderen Eigenarten und Ziele sowie behandlungsbezogenen Vorstellungen der einzelnen Persönlichkeit“.

Qualität ist folglich ein latentes, mehrdimensionales Konstrukt, das über unterschiedliche Indikatoren jeweils nur ausschnittsweise operationalisiert und gemessen werden kann (Nübling & Schmidt, 1998). Sie ist nicht als absolut zu definieren, sondern zeigt sich abhängig vom formulierten Ziel und wird von unterschiedlichen Zielgruppen (z.B. Patient, Therapeut, Kostenträger) aus unterschiedlicher Perspektive gesehen und abweichend bewertet.

Bei ambulanten Psychotherapien beinhaltet Qualitätssicherung nach Härter et al. (2003) externe Qualitätskontrollen (z.B. durch das Gutachterverfahren), kollegiale Qualitätssicherung (Qualitätszirkel und regelmäßiger Austausch sowie die Entwicklung von Standards und Leitlinien) und internes Qualitätsmanagement (z.B. Weiterbildung in qualitätsbezogenen Themen, Selbstreflexion, Prozess- und Ergebnisevaluation und Patientenbefragungen). Als Qualitätskriterien im Rahmen von Psychotherapie sind nach Hiller et al. (2006) die Verbesserung der psychischen Symptomatik sowie die Bewältigung bestehender psychosozialer Probleme zu nennen. Darüber hinaus sind die Patientenzufriedenheit, die Schnelligkeit und Dauerhaftigkeit der Verbesserung, die Kosteneffizienz und die Abstimmung zwischen verschiedenen Behandlern Komponenten der Behandlungsqualität. Nach Schulz (2000) sind folgende übergeordnete Kriterien in der Psychotherapie mit Hilfe von Qualitätssicherung sicherzustellen: die soziale Verantwortung gegenüber dem Patienten, die fachliche Kompetenz des Therapeuten, die Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlung, die Kundenzufriedenheit, Transparenz der Behandlung und die Rechtssicherheit.

In Bezug auf die Prozesse der Qualitätssicherung sind folgende Begriffe zum Verständnis wichtig (Sulz, 2005): Qualitätskriterien sind Variablen, anhand derer die Qualität bzw. das Nichteinhalten von Qualität erfasst werden können. Sie können entweder implizit (z.B. subjektive Qualitätsbewertung) oder explizit (z.B. Diagnosekriterien aus der ICD-10) und normativ (auf Konsensus-Basis) oder empirisch fundiert (z.B. aufgrund von Meta-Analysen) sein (Härter et al., 2003). Unter Standards wird die Einhaltung spezieller Kriterien über die gesamte Zeit verstanden (z.B. ein festgelegtes Vorgehen in Bezug auf die Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen). Qualitätsstandards sind daher Soll-Werte, die sich an wissenschaftlichen Erkenntnissen oder klinischer Erfahrung orientieren und die Toleranzgrenzen von Qualität definieren (Sulz, 2005). Leitlinien hingegen sind schriftliche Empfehlungen bzw. systematische Entscheidungshilfen zur Diagnostik und Behandlung, die auf wissenschaftlichen Untersuchungen und Expertenwissen basieren (Härter et al., 2003).

Veränderungsmessungen in der Psychotherapie sind unterschiedlichen Strategien zuzuordnen: Es gibt die Möglichkeit der direkten Veränderungsmessung (d.h., die Patienten werden direkt gefragt, ob es ihnen nach Therapieende besser als vorher geht), der indirekten Veränderungsmessung (z.B. Vergleich von Fragebogendaten), den Abgleich mit vorher festgelegten Zielen oder die Bewertung des psychopathologischen

Zustandes nach der Therapie (Fydrich, 2005). In dieser Studie handelt es sich um eine indirekte Veränderungsmessung.

2.4.1 Gesetzliche Grundlagen

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellte an alle europäischen Mitgliedsländer die Forderung, qualitätssichernde Maßnahmen bis 1990 einzuführen (Kordy & Gallas, 2007). Dies spiegelte sich erstmals im Gesundheitsreformgesetz (1989) und dem Gesundheitsstrukturgesetz (1993) wieder. Qualitätssicherung für den Gesundheitsbereich ist im Sozialgesetzbuch V verankert. Mit der Durchführung im ambulanten Bereich wurde die Kassenärztliche Bundesvereinigung beauftragt (§ 135 Abs. 2, SGB V). Ziele waren vor allem die Schaffung der strukturellen Voraussetzungen für Qualitätssicherung (z.B. Qualitätsbeauftragte), die Bildung von Qualitätszirkeln, die Durchführung von Ringversuchen und Qualitätsprüfung im Einzelfall. Seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurden diese Bestimmungen auch auf in Richtlinienverfahren tätige Psychologische Psychotherapeuten ausgeweitet. Diese Forderung erhielt in der Neufassung der Psychotherapierichtlinien von 1999 eine rechtliche Basis. Die Führung einer Basisdokumentation sowie die Etablierung von Qualitätssicherung wurden in dieser verpflichtend vorgeschlagen (Härter et al., 2003).

In der Erweiterung der Sozialgesetzgebung im Jahre 2000 wurde im Sozialgesetzbuch V festgeschrieben, dass alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen zur Sicherung und Weiterentwicklung der von ihnen erbrachten Qualität verpflichtet sind und sie sich darüber hinaus an einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherungsmaßnahmen beteiligen sollen (Härter et al., 2003). Seit dem 01.01.2006 ist darüber hinaus die Verpflichtung zur Qualitätssicherung im § 135a (SGB V) in Kraft getreten:

- „(1) Die Leistungserbringer sind zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität der von ihnen erbrachten Leistungen verpflichtet. Die Leistungen müssen dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse entsprechen und in der fachlich gebotenen Qualität erbracht werden.
- (2) Vertragsärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser,

Erbringer von Vorsorgeleistungen oder Rehabilitationsmaßnahmen, sind verpflichtet,

1. sich an einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung zu beteiligen, die insbesondere zum Ziel haben, die Ergebnisqualität zu verbessern und
2. einrichtungsintern ein Qualitätsmanagement einzuführen und weiterzuentwickeln“ (SGB V, 2006, S. 213).

Im §136 SGB wird darüber hinaus die Kassenärztliche Vereinigung dazu verpflichtet, Maßnahmen zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung durchzuführen und deren Ziele und Ergebnisse zu dokumentieren und zu veröffentlichen. Außerdem soll sie anhand von Stichproben die Qualität der Leistung in der vertragsärztlichen Versorgung prüfen. In §136a SGB sind per Richtlinie Bestimmungen des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Qualitätssicherung festgelegt (z.B. welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung verpflichtend sind und Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität von diagnostischen und therapeutischen Leistungen).

Darüber hinaus bildet das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) einen weiteren Rahmen der Qualitätssicherung. Es fordert wissenschaftlich anerkannte Methoden (§ 1 Abs. 3 PsychThG), schützt den Begriff „Psychotherapeut/-in“, regelt die Ausbildung von Psychotherapeuten, kennt dazu geeignete Ausbildungsstätten an und fordert den wissenschaftlichen Beirat, der die Wissenschaftlichkeit von psychotherapeutischen Verfahren beurteilt.

2.4.2 Modelle zur Qualitätssicherung und Zertifizierung

Es ist sehr schwierig, objektive Maßstäbe für Qualität in der Psychotherapie zu entwickeln. Häufig wird sich an gesetzlichen Vorgaben, Richtlinien von Kostenträgern und Berufsverbänden sowie an klinischer Erfahrung orientiert. Unumstritten ist jedoch, dass zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung der Bevölkerung der flächendeckende Einsatz von qualitätssichernden Maßnahmen eine wichtige Voraussetzung darstellt. Laireiter (2003) macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, dass trotz dieser Voraussetzung und gesetzlicher Richtlinien bisher kein

verbindliches Konzept zur Qualitätssicherung in ambulanten Praxen bestehe. Des Weiteren ist in der Qualitätssicherung die Zertifizierung der erzielten Leistung von steigender Wichtigkeit. Unter Zertifizierung wird die Bestätigung eines Leistungsstandards durch eine außen stehende Institution verstanden. Um dies durchführen zu können, müssen externe Leistungskriterien herangezogen werden.

Die international gängigsten Modelle zur Qualitätssicherung sind nach Kordy und Gallas (2007) das Modell nach den DIN EN ISO 9000 Normen (Deutsches Institut für Normierung, 2000) sowie das Exzellenz-Modell der European Foundation of Quality Management (EFQM) (de Raad & Fuhr, 1997). Die ISO- Norm, die ursprünglich für den industriellen Bereich entworfen wurde, definiert Qualitätsmanagement als aufeinander abgestimmte Tätigkeiten zur Leitung und Lenkung einer Organisation bezüglich Qualität, wobei der Schwerpunkt auf der Festlegung von Zuständigkeiten und Abläufen liegt. Als erste Psychotherapeutische Hochschulambulanz wurde die Poliklinische Institutsambulanz für Psychotherapie an der Universität Mainz im Jahre 2005 nach DIN EN ISO 9001 zertifiziert (vgl. Hiller, Bleichhardt und Schindler, 2009). Als wichtige Schritte zur Zertifizierung gemäß der ISO-Normen wurden zunächst die Klärung des Selbstverständnisses und die Definition und Operationalisierung von Zielen festgelegt. Weitere wichtige Punkte stellten das Festlegen von Verantwortlichkeiten und Organisationsstrukturen sowie die Definition von Ambulanzprozessen (z.B. Prozedere bei Therapieabbruch) dar. Darüber hinaus wurden eine Optimierung der Steuerung von Ambulanzprozessen und der Aufbau einer positiven Fehlerkultur angestrebt. Des Weiteren formulierte die Mainzer Institutsambulanz Qualitätskriterien (z.B. Kundenzufriedenheitsmessung anhand von Fragebogen; Bewertung der Therapiequalität anhand von psychometrischen Evaluationen), die durch einen externen Auditor überprüft wurden.

Das Modell der EFQM ist ein ganzheitliches Managementmodell, das 1988 von mehreren führenden europäischen Unternehmen erarbeitet wurde. Anhand von neun Kriterien (z.B. Politik & Strategie und Prozesse) erstellen teilnehmende Unternehmen einen Selbstbewertungsbericht, der von externen EFQM-Assessoren bewertet wird. Das EFQM-Modell dient nicht der Zertifizierung, sondern vergibt jährlich einen Preis für das Unternehmen, das die Zielsetzungen am besten verwirklicht.

Für den stationären Bereich gibt es die Kooperation für Transparenz und Qualität im Krankenhaus (KTQ), ein freiwilliges Zertifizierungsverfahren, das sowohl auf Selbst- als auch auf Fremdbeurteilung beruht. Kordy und Gallas (2007) berichten, dass im Jahr

2002 ca. 300 deutsche Krankenhäuser und 200 Praxen nach DIN ISO, ca. 300 Krankenhäuser nach EFQM und 7 Krankenhäuser nach dem KTQ-Modell zertifiziert wurden, wobei die Zahlen der KTQ-Zertifizierungen seitdem steigen.

Für den psychotherapeutischen Bereich ist exemplarisch das Stuttgart-Heidelberger-Modell zu nennen (Kordy & Lutz, 1995). Dieses Modell wurde in Zusammenarbeit von der Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart und der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg entwickelt und stellt ein aktives internes Feedback - orientiertes Qualitätssicherungssystem dar. Rückmeldungen über die eigene therapeutische Tätigkeit (z.B. anhand von Patientenfragebogen) und durch den Vergleich mit anderen Kliniken sollen zu einer kontinuierlichen Verbesserung führen. Außerdem wird durch die Forschungsstelle externe Unterstützung in Form von Datenverarbeitung und Moderation von Qualitätszirkeln angeboten. Speziell für den ambulanten Bereich wurde darüber hinaus das QEP (Qualität und Entwicklung in Praxen) gemeinsam von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten und Qualitätsexperten von Berufsverbänden entworfen (Härter et al., 2009). Dieses ist ein stark strukturiertes, modulares Programm, welches aus Qualitäts-Ziel Katalog, Seminaren und einem Manual besteht.

Außerdem wurde in einem Pilotprojekt der Techniker Krankenkasse in ambulanten Praxen eine systematische therapiebegleitende Diagnostik erprobt (Fydrich, Nagel, Lutz und Richter, 2003). Dieses beinhaltete sowohl interne als auch externe Qualitätssicherung und untersuchte des Weiteren ein modifiziertes Gutachterverfahren.

Des Weiteren gibt es erste Überlegungen zu Evaluationssystemen an Psychotherapeutischen Hochschulambulanzen (z.B. Hiller et al., 2009). Da diese Institute teilweise auch zur Ausbildung von Psychotherapeuten zugelassen sind, können die zahlreichen Ausbildungstherapien als Datengrundlage für Studien im naturalistischen Setting dienen.

2.4.3 Statistische Wirksamkeit vs. klinische Brauchbarkeit

In der Psychotherapieforschung muss zwischen statistischer Wirksamkeit und klinischer Brauchbarkeit unterschieden werden (Schulz, Hoyer und Hahlweg, 1998). Wirksamkeit („efficacy“) macht Aussagen über die Effektivität von Psychotherapien (Efficacy-Studien). Sie wird in randomisiert-kontrollierten Studien (sogenannten

RCTs) mit hoher interner Validität ermittelt. Solche Studien werden beispielsweise in universitären Einrichtungen oder Forschungsinstituten durchgeführt. Klinische Brauchbarkeit („effectiveness“) hingegen wird in Feldstudien erhoben und bezieht sich somit auf die klinische Praxis (z.B. niedergelassene Therapeuten). Es wird eine hohe externe Validität erreicht.

Effectiveness-Studien zeichnen sich nach Seligmann (1995) dadurch aus, dass die Patienten überwiesen werden oder selbst Hilfe suchen anstatt rekrutiert zu werden. Es kommt daher zu sehr heterogenen, nicht vorselektierten Patientengruppen mit multiplen, teilweise komorbiden Störungen. Die Therapien sind nicht genau standardisiert sondern flexibel, eine große Bandbreite an Psychotherapietechniken findet Verwendung und die Methoden können auch im Therapieverlauf gewechselt werden. Es wird, über die Symptomreduktion hinaus, eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus angestrebt. Die Dauer der Therapie ist ebenfalls variabel und die Datenerfassung erfolgt retrospektiv oder unter Verwendung von punktuellen Prä- und Post-Messungen, ohne eine kontinuierliche Überwachung. Aufgrund der eben referierten Unterschiede ist es fraglich, inwiefern Ergebnisse von Efficacy-Studien auf den klinischen Alltag übertragbar sind (vgl. Margraf & Schneider, 2009).

In der vorliegenden Untersuchung handelt es sich daher um eine Studie zur klinischen Brauchbarkeit (Effectiveness-Studie). Psychotherapiestudien lassen sich, analog zu Arzneimittelstudien („evidenz-basierte Medizin“), in vier Phasen einteilen, die anhand der methodischen Standards unterteilt werden (Bassler, 2003). Das Ziel von evidenz-basierter Medizin ist es, wissenschaftliche Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung einzusetzen und mit klinischer Erfahrung zu verknüpfen (Pientka, 2003). Übertragen auf Psychotherapien könnte dies beispielsweise bedeuten, für die Behandlung depressiver Patienten Therapieelemente heranzuziehen, die in einer Studie, die einer hohen Evidenzstufe zuzuordnen ist, untersucht wurden. Je höher die Stufe der Evidenz, desto valider sind die gefundenen Ergebnisse. Die oberste Evidenzstufe (Stufe Ia) stellen systematische Übersichtsarbeiten auf Grundlage von mehreren RCT-Studien dar. Die Stufe Ib umfasst mindestens eine einzelne RCT-Studie. Das Evidenzlevel IIa ist durch mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung gekennzeichnet, das Level IIb durch mindestens eine gut angelegte, quasi-experimentelle Studie. Gut angelegte, nicht-experimentelle deskriptive Studien (z.B. Fall-Kontroll-Studien) sind der Stufe III zuzuordnen. Die Stufe IV beruht auf Berichten und Meinungen von Experten, Konsensuskonferenzen und/oder klinischer

Erfahrung anerkannter Autoritäten (Bassler, 2003). Eine weitere Möglichkeit der Unterteilung ist in Bond (2000) dargestellt. Sie unterscheidet RCT-Studien (Stufe 1), kontrollierte Fallstudien (Stufe 2), kontrollierte Prä-Post-Studien (Stufe 3) und Beobachtungsdaten (Phase 4).

Buchkremer und Klingberg (2001) kritisieren in Bezug auf den psychotherapeutischen Bereich, dass andere Forschungsstrategien als RCT-Studien diskriminiert würden. Sie schlagen daher ein alternatives Phasenmodell vor, welches die Notwendigkeit von Effectiveness-Studien unterstreicht. Die Phase I umschließt die Konzeptentwicklung, Phase II nicht-kontrollierte Studien, wie Einzelfallanalysen. Die Phase III beinhaltet RCT-Studien und randomisierte Effectiveness-Studien. Die Phase IV umfasst Anwendungsstudien unter Routinebedingungen, wie nicht randomisierte Effectiveness-Studien und Studien mit erweiterten Einschlusskriterien.

3. Studien zur Ergebnisqualität

Für den Bereich der klinischen Brauchbarkeit liegen bisher im Vergleich zu RCT-Studien eher wenige Ergebnisse vor (Lambert & Ogles, 2004). In den letzten Jahren kam es jedoch, unter anderem in psychotherapeutischen Ambulanzen, zur vermehrten Beschäftigung mit Qualitätssicherung, so dass inzwischen einige Ergebnisse zur Ergebnisqualität im naturalistischen Setting, auch für den störungsspezifischen Bereich, vorliegen.

Es ist zu erwähnen, dass insbesondere in älteren Meta-Analysen nicht zwischen Efficacy und Effectiveness-Studien unterschieden wurde, so dass davon auszugehen ist, dass Mischformen vorliegen (Lambert & Ogles, 2004). Die Unterschiede zwischen den Ergebnissen von RCT-Studien und Brauchbarkeitsstudien waren Inhalt einiger Studien. Shadish et al. (1997) beispielsweise beurteilten 54 Studien aus ursprünglich 15 Meta-Analysen nach ihrem Grad an klinischer Repräsentativität und verglichen anschließend die Ergebnisse der für den klinischen Alltag repräsentativen Studien mit den ursprünglichen Ergebnissen der Meta-Analysen. Sie fanden heraus, dass sich die Ergebnisse nicht unterschieden, was für den Erfolg von Therapien im und die Übertragbarkeit der Ergebnisse von Meta-Analysen auf den klinischen Alltag spricht. Diese Annahme wurde durch Shadish, Navarro, Matt und Phillips (2000) durch eine weitere Studie bestärkt. Hansen, Lambert & Forman (2002) hingegen verglichen die

Raten an klinischer und statistischer Signifikanz von RCT-Studien und Studien aus dem klinischen Alltag. Diese betrug bei Ersteren 40-60%, bei Letzteren jedoch durchschnittlich nur 10%. Sie erklärten dies durch die durchschnittlich höhere Therapiestundenanzahl bei RCT-Studien. Die Aussagen darüber, inwiefern sich Ergebnisse aus RCT-Studien auf den klinischen Alltag übertragen lassen, sind daher uneindeutig. Margraf & Schneider (2009) kritisieren darüber hinaus, dass aufgrund eines „Publication bias“ die Effektivität von Psychotherapien, die im Rahmen von Efficacy-Studien untersucht werden, häufig überschätzt wird, da nur Studien mit hohen Effektstärken veröffentlicht werden. Daher ist weitere Forschung in diesem Gebiet unbedingt notwendig.

In diesem Kapitel werden zum einen RCT-Studien als auch Effectiveness-Studien sowie Studien, Jahres- und Tätigkeitsberichte von psychotherapeutischen Ambulanzen, die mit den aus dieser Studie vorliegenden Daten verglichen werden sollen, vorgestellt. Darüber hinaus wird eine Übersicht zu Studien, die Einflussfaktoren auf das Ergebnis von Psychotherapien zum Inhalt haben, dargestellt.

3.1 Ergebnisse von RCT-Studien

Im Folgenden werden Studien und Meta-Analysen berichtet, die die Effektivität von Psychotherapien in randomisierten kontrollierten Studien untersuchten. Insbesondere die Effektivität von kognitiver Therapie und kognitiver Verhaltenstherapie wurde in den letzten Jahren intensiv beforscht und belegt (Hollon & Beck, 2004). Zumeist handelte es sich um Meta-Analysen, die RCT-Studien zusammenfassten. Auf Grundlage dieser Daten wurden Effekte im Vergleich mit anderen Therapieformen bzw. Wartegruppen sowie Prä-Post-Effekte für jede Studie berechnet. Anhand der Stichprobengröße wurden diese Effektstärken anschließend gewichtet, so dass durchschnittliche Effektstärken für jede Meta-Analyse abgegeben werden konnten.

In Bezug auf die Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs berichten Lambert & Ogles (2004) einen Trend zur vermehrten Forschung, insbesondere mit Meta-Analysen. Darüber hinaus ist die Dauerhaftigkeit von Therapieerfolgen für Verhaltenstherapien gut belegt (vgl. Übersichtsarbeit von Margraf & Schneider, 2009), insbesondere für die Störungsbereiche Depression und Panik/Agoraphobie. Ein hoher Anteil an Patienten erreichten längerfristige psychische Gesundheit bzw. ein adäquates Funktionsniveau

(vgl. Lambert & Ogles, 2004). Jedoch liegen weniger Studien als zum Therapieerfolg vor.

Es ist des Weiteren zu erwähnen, dass sich nach Lambert & Ogles (2004) ungefähr 5-10% der Patienten im Rahmen von Psychotherapie verschlechtern. Die Verschlechterung im Rahmen von Therapie wurde in mehreren Studien untersucht (z.B. Strupp, Hadley und Gomes-Schwartz, 1977; Übersichtsarbeit von Schulz, 1984). Schulz (1984) fand bei einer Reanalyse der Daten von Strupp et al., dass bei der Hälfte von den in diese Meta-Analyse aufgenommenen Studien die Rate an Verschlechterungen unter 10% lag. Scogin, Floyd, Jamison, Ackerson, Landreville und Bissonnette (1996) fanden in ihrer Studie 1% Verschlechterungen beim klinischen Urteil und 9% bei Selbstbeurteilung der Patienten. Zur detaillierten Analyse von Verschlechterungen im Therapieverlauf von Patienten in der Psychotherapieambulanz der TU Braunschweig siehe Tammen (2010).

Im Folgenden werden nach Störungsgruppen unterteilt Forschungsergebnisse von RCT-Studien vorgestellt. In Tabelle 1 sind Effektstärken von RCT-Studien, ebenfalls unterteilt nach untersuchten Störungsbildern, aufgeführt. Zur detaillierten Ansicht vgl. Lambert & Ogles (2004).

Depression: Insbesondere depressive Erkrankungen standen in den letzten Jahren im Mittelpunkt psychotherapeutischer Forschung (Hollon & Beck, 2004). Die Wirksamkeit von kognitiver Therapie konnte wiederholt belegt werden (z.B. Dobson, 1989). Hollon et al. (2005) zeigten darüber hinaus die Senkung des Risikos für eine erneute Episode nach Therapieende durch kognitive Therapie im Vergleich zu einer medikamentösen Therapie, die nach Genesung des Patienten abgesetzt wurde. Die Effekte von kognitiver Therapie und einer Fortsetzung der Behandlung mit Antidepressiva unterschieden sich nicht.

Panik/Agoraphobie: Insbesondere die Bedeutung der Veränderung von angstbezogenen Kognitionen für den Behandlungserfolg wurde in den letzten Jahren vermehrt beforscht (Hollon & Beck, 2004). Die Erfolge kognitiver Verhaltenstherapie konnten in mehreren Studien belegt werden (vgl. die Übersichtsarbeit von DeRubeis & Crits-Cristoph, 1998). Clark, Salkovskis, Hackmann, Middleton, Anastasiades und Gelder (1994) untersuchten die Wirkung von kognitiver Therapie, Entspannungsverfahren und dem trizyklischen Antidepressivum Imipramin. Je nach

Zeitpunkt der Messung mit einer Testbatterie zeigten sich die Effekte der kognitiven Therapie denen der Entspannung oder denen der Entspannung und des Medikaments überlegen. Nach 3 Monaten berichteten beispielsweise 90% der mit kognitiver Verhaltenstherapie behandelten Patienten keine Panikanfälle mehr, in der Entspannungsgruppe waren es 50% und in der Medikamentengruppe 55%. Bakker, van Balkom, Spinhoven, Blauw und van Dyck (1998) untersuchten anhand einer Meta-Analyse die Prä- Post (vor und nach der Therapie) und Prä-FU Effektstärken (vor der Therapie und Follow-Up Untersuchung nach durchschnittlich 62 Wochen) von Patienten mit Panik mit oder ohne Agoraphobie, um den Therapieerfolg von Behandlungsbeginn bis hin zur Nachsorgeuntersuchung bewerten zu können. Sie fanden hohe Effektstärken für den Therapieeffekt und eine Aufrechterhaltung der erzielten Erfolge.

Soziale Phobie: Feske und Chambless (1995) berichteten in ihrer 21 Studien umfassenden Meta-Analyse zur Behandlung von sozialer Phobie mit kognitiver Verhaltenstherapie und Expositionen sowohl gute Therapieeffekte als auch eine Aufrechterhaltung der Effekte über 1 und 12 Monate nach Therapieende. Eine ausführliche Übersicht über die Erfolge von kognitiven Techniken und Expositionen geben Barlow & Lehmann (1996).

Zwangserkrankungen: Die Erfolge der Behandlung mit Expositionen mit Reaktionsverhinderung konnten mehrfach belegt werden (vgl. Übersichtsarbeit von Hollon & Beck, 1994). Des Weiteren führte Abramowitz (1998) eine Meta-Analyse über 10 Studien zur Behandlung von Zwangserkrankungen mit Expositionen durch. Er fand statistisch signifikante Unterschiede zwischen der Prä- und Post-Messung, nicht jedoch zwischen der Post- und FU-Messung. Darüber hinaus berichtete er, dass die Prä-Werte der Experimentalgruppe durchschnittlich mehr als zwei Standardabweichungen oberhalb des Durchschnitts von Experimental- und gesunder Normgruppe lag, die Post-Messung nur noch 0,7 und die FU-Messung 0,8 Standardabweichungen. Diese Ergebnisse weisen sowohl auf einen Therapieerfolg als auch auf eine Aufrechterhaltung der erzielten Verbesserung hin.

Tabelle 1: Darstellung von Meta-Analysen über RCT-Studien

Störung	Autoren	Studienanzahl und Behandlungsform	Effektstärke
Depression	Dobson (1989)	10 (CT)	2,15 b
	Gaffan, Tsalousis & Kemp-Wheeler (1995)	7 (CT) 11 (CT)	1,56 b (Studie 1) 0,89 b (Studie 2)
	Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn (1998)	48 (CT)	0,82 b
Panik/Agoraphobie	Bakker et al. (1998)	68 (untersch. Psychotherapie- formen)	1,36 a
	Chambless & Gilles (1993)	5	1,14 a
	Gould, Otto & Pollack (1995)	19 (CBT)	0,68 b
Soziale Phobie	Chambless & Gilles (1993)	9 (CT)	1,00 a
	Feske & Chambless (1995)	12 (CBT) 9 (Exposition)	0,45 a 0,69 a
	Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Yap (1997)	16 (CBT)	0,74 b
Zwangsstörung	Abramowitz (1996)	29 (Exposition)	1,16 a
	Christensen, Hadzi- Pavlovic, Andrews & Mattick (1987)	4 (Exposition)	2,36 a

Anmerkungen: CBT= Cognitive Behavior Therapy; CT= Cognitive Therapy; a= Prä-Post-Effektstärken; b= Vergleich mit Kontrollgruppe

3.2 Vorstellung von Effectiveness-Studien

Im Folgenden werden für diese Arbeit wichtige Effectiveness-Studien sowie Jahres- und Tätigkeitsberichte von psychotherapeutischen Ambulanzen vorgestellt. Effectiveness-Studien zeigten im Erwachsenenbereich gute Ergebnisse (mittlere bis hohe Effektstärken). Beispielsweise fanden Shadish et al. (1997) in der am Anfang des Kapitels erwähnten Meta-Analyse eine durchschnittliche Effektstärke von $d=0,58$. Hahlweg, Fiegenbaum, Frank, Schroeder und Witzleben (2001) untersuchten die Effektivität von Therapien von Patienten mit Agoraphobie und fanden über verschiedene Messinstrumente hinweg eine durchschnittliche Effektstärke von $d=1,23$. Lueger, Lutz und Howard (2000) fanden für depressive Patienten eine Effektstärke von $d=1,2$, für Angsterkrankungen $d=1,4$. Stewart und Chambless (2009) führten eine Meta-Analyse von Effectiveness-Studien über Angstpatienten durch. Sie fanden eine durchschnittliche Effektstärken von $d=1,01$ für die Untergruppe Panic disorder/Attacks (9 Studien) und von $d=0,83$ für die Untergruppe Panic disorder/Avoidance (14 Studien). Die Effektivität von Kindertherapien im klinischen Alltag hingegen konnte bisher weniger gut belegt werden (vgl. Hain, Többen & Schulz, 2001). Weisz, Donenberg, Han und Weiss (1995) fanden in einer Meta-Analyse über Effectiveness-Kinderstudien eine durchschnittliche Effektstärke von $d=0,02$, also keine Veränderung. Margraf (2009) erklärt dies dadurch, dass Efficacy-Studien zumeist verhaltenstherapeutische Verfahren, Effectiveness-Studien hingegen vorwiegend andere Verfahren untersuchen. Sofern jedoch unter klinischen Bedingungen die gleichen Verfahren wie in Efficacy-Studien angewandt werden, ließen sich vergleichbare Effekte erzielen.

Die im Folgenden dargestellten Ergebnisse wurden zu großem Anteil von den entsprechenden Ambulanzen als Antwort auf Briefe zugesandt, in denen um entsprechende Studien und Jahresberichte gebeten wurde. Von den insgesamt 20 angeschriebenen deutschen Ambulanzen gingen 9 Rückmeldungen ein, teilweise mit Studien, Jahresberichten oder Literaturhinweisen. Für die vorliegende Studie passende Vergleichsdaten enthielten fünf dieser Studien und Jahresberichte. Die Stichprobenwerte und Effektstärken der Gesamtstichprobe für den GSI und BDI sind in Tabelle 2 dargestellt. Tabelle 3 enthält die Daten der depressiven Patienten. Es sind die Effektstärken für den GSI, BDI und die SCL-90-R Skala Depression dargestellt. Des Weiteren sind die Werte der Patienten mit Panik/Agoraphobie im GSI, den AKV-Bogen und der SCL-90-R Skala Phobische Angst in Tabelle 4 aufgeführt.

Poliklinische Institutsambulanz der Johannes Gutenberg Universität Mainz, Jahresbericht 2009: Es liegen Berechnungen über 175 Therapien vor, die 2009 beendet wurden. Es handelt sich um eine Intention-to-treat Analyse, die nur Patienten mit pathologischem Ausgangswert berücksichtigte und die Zeitpunkte Prä und Post betrachtete. Neben den Daten über Depressive und Angstpatienten lassen sich die klinische und statistische Signifikanz mit den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit vergleichen.

Lange (2009): Unveröffentlichte Diplomarbeit „Erfolg von kognitiver Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen, im Prä-Post-Vergleich“, Westfälische Wilhelms-Universität Münster: Diese Arbeit untersuchte anhand einer Completer-Analyse 345 Patienten, die ihre Therapien in den Jahren 2004-2007 begonnen und bis Ende 2008 beendet hatten. Es wurden Effektstärken für Patienten mit und ohne pathologischen Ausgangswert unter der Bedingung Prä-Post angegeben, unter anderem für den GSI der SCL-90-R und den BDI. Darüber hinaus wurden unter anderem störungsspezifische Analysen für Depressive und Panikpatienten durchgeführt und die Effektstärken im Falle einer Intention-to-treat Analyse berechnet. Des Weiteren wurden die statistischen und klinischen Signifikanzen angegeben.

Psychotherapeutische Universitätsambulanz der Universität Koblenz-Landau, Jahresbericht 2009: Es handelt sich um eine Intention-to-treat-Analyse, die 186 Patienten, die 2009 ihre Therapie beendeten, einschloss. Es wurden nur Patienten mit pathologischem Ausgangswert berücksichtigt. Es liegen Prä-Post-Effektstärken für den GSI der SCL-90-R vor, darüber hinaus für störungsspezifische Skalen der SCL-90-R für Depressive und Angstpatienten.

Schindler & Hiller (2010), Poliklinische Institutsambulanz der Johannes Gutenberg Universität Mainz: Diese Studie betrachtete depressive Patienten mit einem pathologischem BDI Ausgangswert. Es wurden unter anderem sowohl Completer- als auch Intention-to-treat-Analysen berechnet. Darüber hinaus sind Responderaten angegeben. Des Weiteren wurden Katamnesedaten erhoben, mit diesen jedoch lediglich signifikante Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten Post und Follow-Up nach 6 und 12 Monaten berechnet. Sowohl für den BDI ($F(1,7; 106,9)=0,03; p>0,05; n=65$) als

auch für den GSI ($F(1,9; 117,1)=1,80; p>0,05; n=64$) wurden die Unterschiede nicht signifikant.

Therapie- und Beratungszentrum der Georg-August-Universität Göttingen, Jahresbericht 2007-2008: Es wurden Therapien, die zwischen 2005-2008 absolviert wurden, untersucht und im Jahresbericht Prä-Post Effektstärken, unter anderen für den GSI, angegeben. Es handelte sich um eine Intention-to-treat Analyse ohne Selektion aufgrund des Ausgangswerts. Es gingen die Prä-Werte aller Patienten ein, die eine Therapie beendeten, abbrachen oder zum Erhebungszeitpunkt noch nicht abgeschlossen hatten. Post-Werte wurden verwendet, sofern sie vorlagen und nicht im Falle des Fehlens durch andere Messzeitpunkte (z.B. Prä-Wert oder Zwischenmessung) ersetzt. Daher sind die Stichprobengrößen zu Therapiebeginn und –ende nicht identisch.

In allen Studien wurden fast ausschließlich hohe Effektstärken gefunden. Ausnahmen in Form von geringen oder mittleren Effektstärken fanden sich bei drei Intention-to-treat Analysen (Lange (2009) im GSI, Jahresbericht der Universität Mainz im ACQ, MI-A und MI-B und Jahresbericht der Universität Göttingen im GSI, vgl. Tabelle 2 und 4) sowie bei Schindler & Hiller (2010), die bei ihrer Intention-to-treat und Completer-Analyse im GSI mittlere Effektstärken ermittelten (vgl. Tabelle 3).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der eben berichteten Studien und Jahresberichte zu klinischer und statistischer Signifikanz berichtet. Im Jahresbericht der Universität Mainz wurde der Intention-to-treat Datensatz untersucht und im BDI eine statistische Verbesserung bei 69,8% und eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung bei 50% der 86 Patienten berichtet. Schindler und Hiller (2010) fanden in ihrer Completer-Analyse für depressive Patienten mit pathologischem Ausgangswert bei 45,4% der 174 Patienten eine statistische Verbesserung im BDI und bei 40,8% der 172 Patienten eine statistische Änderung im GSI. Angaben zu klinischer Signifikanz wurden nicht gemacht. Lange (2009) fand in der oben genannten Diplomarbeit an der Universität Münster bei 73% der 111 Patienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung.

Tabelle 2.: Stichprobenwerte und Effektstärken der Gesamststichprobe im GSI und BDI

	Art der Studie	Path. Ausgangswert	GSI					BDI				
			n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke
Lange (2009)	Completer	Gesamtstichprobe	345	0,91 (0,53)	0,45 (0,37)	17,55**	1,03	340	15,57 (8,78)	7,29 (6,85)	18,22**	1,06
		$63 \leq T < 70$	104	1,15 (0,25)	0,55 (0,38)	-	1,91	-	-	-	-	-
		$T \geq 70$	49	1,80 (0,31)	0,72 (0,52)	-	2,58	-	-	-	-	-
	Intention-to-treat	Gesamtstichprobe	533	0,91 (0,55)	0,58 (0,47)	16,29**	0,64	-	-	-	-	-
		$T \geq 63$	237	1,38 (0,44)	0,81 (0,56)	-	1,13	-	-	-	-	-
Jahresbericht Universität Koblenz-Landau	Completer	$T \geq 63$	86	1,41 (0,42)	0,87 (0,58)	8,28**	1,29	-	-	-	-	-
Jahresbericht Universität Göttingen	Intention-to-treat	Gesamtstichprobe	607 (Prä) 249 (Post)	0,91 (0,60)	0,55 (0,47)	- **	0,68	-	-	-	-	-

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$

Tabelle 3.: Stichprobenwerte und Effektstärken der depressiven Patienten im GSI, BDI und auf der SCL-90-R Skala Depression

Art der Studie	Path Ausgangswert	GSI				BDI				SCL-90-R Skala Depression				
		n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	n	M Prä (SD)	M Post (SD)
Jahresbericht Universität Mainz	Intention-to-treat	-	-	-	-	-	86	24,4 (7,6)	13,9 (9,6)	10,06**	1,22	-	-	-
	Completer	146	1,02 (0,51)	0,50 (0,42)	-	1,12	146	18,01 (8,58)	8,05 (7,78)	13,40**	1,22	-	-	-
	Completer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	1,98 (0,61)	1,20 (0,84)
Jahresbericht Universität Koblenz-Landau														1,26
Schindler & Hiller (2010)	Completer	172	1,27 (0,53)	0,80 (0,66)	12,75**	0,79	174	24,5 (7,3)	13,3 (11,1)	14,67**	1,22	-	-	-
	Intention-to-treat	227	1,32 (0,55)	0,89 (0,69)	12,04**	0,69	229	25,2 (7,7)	15,3 (11,6)	14,64**	1,03	-	-	-

Anmerkungen: * p < 0,05; ** p < 0,01

Tabelle 4: Stichprobenwerte und Effektstärken der Angstpatienten im GSI, den AKV-Bogen und auf der SCL-90-R Skala Phobische Angst

Art der Studie	Path Ausgangswert	GSI				AKV-Bogen				SCL-90-R Skala Phobische Angst							
		n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	Bogen	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke					
Jahresbericht Universität Mainz	Intention-to-treat	-	-	-	-	-	ACQ	17	2,30 (0,69)	2,04 (0,59)	1,53	0,41	-	-			
							BSQ	15	3,04 (0,48)	2,44 (0,66)	2,82*	1,05					
							MI-A	18	3,26 (0,92)	2,66 (1,17)	3,11**	0,57					
							MI-B	17	2,49 (0,71)	2,07 (0,95)	2,56*	0,51					
Lange (2009)	Gesamtstichprobe	35	0,80 (0,44)	0,41 (0,34)	-	1,12	ACQ	35	1,99 (0,49)	1,45 (0,39)	5,05**	1,14	-	-			
							BSQ	35	2,52 (0,56)	1,83 (0,61)	5,68**	1,06					
							MI-A	35	1,99 (0,70)	1,44 (0,49)	4,34**	0,92					
							MI-B	35	1,67 (0,56)	1,27 (0,40)	3,97**	0,82					
Jahresbericht Universität Koblenz-Landau	Completer	T ≥ 63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	1,87 (0,83)	0,50 (0,53)	5,21**	1,65

Anmerkungen: * $p < .05$; ** $p < .01$

3.3 Studien zu Einflussfaktoren auf das Ergebnis von Psychotherapien

Es liegen einige Überblicksarbeiten vor, die den Einfluss von Patientenvariablen auf den Therapieerfolg darstellen (z.B. Garfield, 1994; Clarkin & Levy, 2004). Es wurden sowohl externale (z.B. soziale Unterstützung) als auch interne (z.B. Intelligenz) Variablen untersucht, einige invariant (z.B. Geschlecht), andere relativ stabil (z.B. Persönlichkeitsmerkmale) oder variabel (z.B. Therapiemotivation). Für die vorliegende Studie ist insbesondere der Einfluss von soziodemografischen Daten und von Therapiedaten von Interesse. In diesem Zusammenhang besonders häufig untersuchte Variablen sind das Alter sowie das Geschlecht der Patienten. Des Weiteren werden Studien zu der Therapiestundenanzahl und zu Komorbiditäten berichtet. Zu den in dieser Studie untersuchten Variablen Berufsstatus, Kinderanzahl, Familienstand und Ausbildung liegen keine Ergebnisse vor.

Alter: Studien über den Zusammenhang zwischen Alter und Therapieerfolg von Patienten fanden keine Zusammenhänge (z.B. Macdonald, 1994). Luborsky, Chandler, Auerbach, Cohen und Bachrach (1971) betrachteten 11 Studien, von denen vier einen positiven, zwei einen negativen und fünf keinen Zusammenhang zwischen dem Alter der Patienten und dem Therapieerfolg fanden. Ein neuerer Ansatz in der Erforschung des Alters als Einflussfaktor auf den Therapieverlauf geht davon aus, dass Alter mit dem psychologischen und biologischen Zustand des Patienten einhergeht und Interventionen daher auf Altersgruppen zugeschnitten werden sollten (z.B. spezielle Therapien für Jugendliche). Scogin & McElreath (1994) fanden beispielsweise in einer Meta-Analyse über Studien mit älteren Depressiven ähnlich gute Erfolge wie für jüngere Patienten.

Geschlecht: Frühere und aktuelle Übersichtsarbeiten (z.B. Garfield, 1994; Clarkin & Levy, 2004) fanden keine Geschlechtseffekte auf den Therapieerfolg. Clarkin und Lewi (2004) geben zu bedenken, dass jedoch sowohl die Prävalenz als auch die auslösenden Faktoren einiger Störungen (z.B. Depression) geschlechtsspezifisch sind und daher zukünftig differenzierte Studien zu diesem Thema durchgeführt werden sollten.

Therapiestundenanzahl/Therapiedauer: Howard, Kopta, Krause und Orlinsky führten 1986 eine mehr als 2000 Patienten und 15 Studien aus den letzten 30 Jahren umfassende

Meta-Analyse durch, die den Zusammenhang von Therapieerfolg und Therapiestundenanzahl untersuchten. Sie fanden einen positiven Zusammenhang, wobei der Zuwachs an Erfolg durch zusätzliche Stunden mit steigender Stundenanzahl abnahm. Die Symptomatik von 10-18% der Patienten verbesserte sich schon vor der ersten Therapiestunde, von 48-58% im Laufe der ersten acht Wochen, 75% der Patienten zeigten eine Symptomverbesserung nach einem halben Jahr und 83% nach einem Jahr. Anderson und Lambert (2001) berichteten, dass in einer von ihnen durchgeführten Meta-Analyse 50% der Patienten nach 13 Sitzungen und 75% nach mehr als 50 Stunden eine klinisch signifikante Verbesserung zeigten. Der Median lag bei 11 Therapiestunden. In diesem Zusammenhang wird darauf hingewiesen, dass die Verbesserungsraten je nach gewählter Definition von Verbesserung (z.B. klinische vs. statistische Signifikanz), nach Kriterium für Verbesserung (z.B. globale Symptomatik vs. spezifisches Symptom) und nach Schwere der Ausgangssymptomatik der Patienten stark variieren. Eine Überblicksarbeit von Orlinsky, Grawe und Parks, 1994, fand des Weiteren bei 64% aller von ihnen betrachteten Studien einen positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Behandlungserfolg.

Diagnoseanzahl: Es liegen einige Studien vor, die den Einfluss von Komorbiditäten auf die Behandlung einzelner Störungen untersuchen (z.B. Persönlichkeitsstörungen und Depression, Burns & Nolen-Hoeksema, 1992). In Bezug auf depressive Störungen und Essstörungen lässt sich sagen, dass eine komorbide Persönlichkeitsstörung in den meisten Studien zu einem verringerten Therapieeffekt führte, bei Angststörungen scheinen einige Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline-Störung) zu einem schlechteren, andere (z.B. histrionische Störung) zu besserem Therapieerfolg zu führen. Generelle Aussagen über den Zusammenhang der Anzahl von Störungen (unabhängig, ob Achse 1 oder 2 Störung) und dem Therapieerfolg wurden in der vorliegenden Forschung nicht getroffen.

Daher wird in der vorliegenden Arbeit davon ausgegangen, dass im Bezug auf Alter und Geschlecht keine Zusammenhänge zum Therapieerfolg oder der Aufrechterhaltung des Erfolgs zu finden sind. Des Weiteren wird angenommen, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Anzahl der Therapiestunden sowie der Therapiedauer und dem Therapieerfolg gibt. Die Variablen Berufstatus, Kinderanzahl, Familienstand, Ausbildung, Jahr der Prä-Messung und Diagnoseanzahl sollen explorativ untersucht

werden, ebenso der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Therapiestunden bzw. der Therapiedauer und der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs.

4. Beschreibung der Psychotherapieambulanz der Technischen

Universität Braunschweig

Die Psychotherapieambulanz Braunschweig (PTA) ist eine Einrichtung des Instituts für Psychologie, Abteilung Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik der Technischen Universität Braunschweig. Da sie dazu ermächtigt ist, an der Krankenversorgung teilzunehmen, ist eine Abrechnung der Psychotherapiestunden wie bei niedergelassenen Therapeuten möglich.

Die PTA lässt sich in die Bereiche Ausbildungsambulanz und Hochschulambulanz für Forschung und Lehre aufteilen. Behandlungen in der PTA erfolgen überwiegend im Rahmen von Ausbildungstherapien, da die PTA seit 1999 zur Ausbildung von Psychologischen Psychotherapeuten zugelassen ist. Die Therapien in der PTA werden auf Grundlage neuster wissenschaftlicher Erkenntnisse durchgeführt, wobei die Erfahrungen aus den Psychotherapien wiederum Einfluss auf die dortige Forschung haben (vgl. Jahresbericht der Psychotherapieambulanz Braunschweig, 2009).

4.1 Psychotherapeutisches Vorgehen

Die PTA bietet Diagnostik und therapeutische Hilfen bei psychischen Störungen mit Krankheitswert für alle Altersgruppen. Das Behandlungsangebot umfasst beispielsweise die Behandlung von Angststörungen, depressive Störungen, Zwangsstörungen, posttraumatische Belastungsstörungen, Essstörungen und psychosomatische Erkrankungen. Die Behandlungen basieren auf kognitiver Verhaltenstherapie. Diese Therapierichtung ist gemäß Psychotherapeutengesetz zugelassen und die Wirksamkeit wurde in vielen Studien belegt (vgl. Hollon & Beck, 2004).

Es besteht für Therapieinteressente die Möglichkeit, sich in der PTA auf eine Warteliste setzen zu lassen und ein so genanntes „Screening-Gespräch“ wahrzunehmen. Dieses wird von approbierten Psychotherapeuten geführt und dient der

Indikationsstellung. Sollte sich eine Behandlung in der PTA als notwendig und sinnvoll erweisen, so werden die Patienten einem Psychotherapeuten in Ausbildung zugeteilt. Es folgen fünf „probatorische Sitzungen“, in denen die Diagnostik durchgeführt wird und deren Kosten in jedem Fall von der Krankenkasse übernommen werden. Im Anschluss kann, sofern eine Psychotherapie weiterhin indiziert ist und sich ein ausreichendes Arbeitsbündnis zwischen Patient und Therapeut gebildet hat, eine Psychotherapie beantragt werden. Hierzu sind ein Bericht an einen externen Gutachter sowie ein Antrag an die zuständige Krankenkasse zu stellen. In der Regel werden 25 (Kurzzeittherapie) oder 45 (Langzeittherapie) Sitzungen beantragt.

4.2 Therapeuten

Die in der PTA tätigen Diplompsychologen absolvieren eine Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten im Rahmen des Weiterbildenden Studiengangs Psychologische Psychotherapie (WSPP). Dieses Zusatzstudium hat die Approbation zum Psychologischen Psychotherapeuten, Schwerpunkt Verhaltenstherapie, zum Ziel. WSPP ist Mitglied des Verbundes universitärer Ausbildungsgang für Psychotherapie e.V. (unith) und wird in Kooperation mit der Universität Göttingen ausgerichtet. Es handelt sich um eine dreijährige Vollzeitausbildung, die gemäß Psychotherapeutengesetz bzw. Ausbildungs- und Prüfungsverordnung durchgeführt wird. Die Ausbildung beinhaltet sowohl theoretische als auch praktische Inhalte (ambulante und stationäre Arbeit). Die Ausbildungstherapien werden regelmäßig durch Einzel- und Gruppensupervisionen begleitet. Im Jahre 2009 waren beispielsweise 41 Psychotherapeuten in Ausbildung in der PTA tätig und leisteten insgesamt 7121 Behandlungsstunden.

4.3 Diagnostisches Vorgehen

Das diagnostische Vorgehen in der PTA erfolgt anhand standardisierter Verfahren und ist den Psychotherapeuten in Ausbildung im Ablauf vorgeschrieben, um zum einen die Qualität der Diagnostik sicherzustellen und zum anderen die Qualität der

Behandlung bewerten zu können (z.B. durch Vergleich der Symptomatik vor und nach der Therapie).

4.3.1 Eingangsdiagnostik

Im Rahmen der probatorischen Sitzungen erfolgt die Eingangsdiagnostik (Prä-Messung). Es wird eine Diagnose nach den Kriterien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, Kapitel V; Dilling, Mombour und Schmidt, 2005) gestellt. Darüber hinaus kommt es zum Einsatz standardisierter Interviews (z.B. das Strukturierte Klinische Interview für das DSM-IV (SKID I); dt. Version von Wittchen, Zaudig und Fydrich, 1997 oder das Strukturierte Klinische Interview für das DSM-IV, Persönlichkeitsstörungen (SKID II); dt. Version von Fydrich, Renneberg, Schmitz und Wittchen, 1997) sowie zu einer ausführlichen Anamnese der Lebens- und Krankheitsgeschichte. Unterstützt wird dieser diagnostische Prozess durch testpsychologische Messungen anhand des Hogrefe-Testsystems (HTS). Letzteres ist ein Softwareprogramm, das Patienten ausgewählte Fragebogen in benutzerfreundlicher Form vorlegt und anschließend eine automatisierte Auswertung vornimmt.

Folgende psychologische Fragebogen finden im HTS als Standarddiagnostik Verwendung:

- die Symptom-Checkliste von L. R. Derogatis (SCL-90; deutsche Version von Franke, 2002), vgl. Kapitel 6.2.2.1
- der Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ; Fahrenberg, Myrtek, Schumacher und Brähler, 2000)
- das Beck-Depressions-Inventar (BDI; deutsche Version von Hautzinger, Bailer, Worall, und Keller, 1995), vgl. Kapitel 6.2.2.2
- der Fragebogen für das Strukturierte Klinische Interview für das DSM-IV, Persönlichkeitsstörungen (SKID II; deutsche Version von Fydrich et. al, 1997)

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, folgende störungsspezifische Verfahren mit Hilfe des HTS durchzuführen und auszuwerten:

- Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognition und Vermeidung (AKV; deutsche Version von Ehlers, Margraf und Chambless, 2001) für Patienten mit einer Panikstörung und/oder Agoraphobie, vgl. Kapitel 6.2.2.3
- Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD; Hahlweg, 1996) bei Partnerschaftsproblematiken
- Screening für Somatoforme Störungen (SOMS; Rief, Hiller und Heuser, 1997) für Patienten mit einer somatoformen Störung
- die Kurzform des Hamburger Zwangsinventars (HZI-K; Klepsch, Zaworka, Hand, Lünenschloß und Jauernig, 1993) für Zwangspatienten
- Fragebogen zum Essverhalten (FEV; Pudel und Westenhöfer, 1989) für Patienten mit einer Essstörung.

Außerdem können weitere Fragebogen, die in der Papier-Version vorliegen, zur Diagnosestellung verwendet werden, beispielsweise der Münchner Alkoholismus Test (MALT; Feuerlein, Küfner, Ringer und Antons-Volmerg, 1999) zur Abklärung von Alkoholismus.

4.3.2 Zwischen- und Abschlussmessungen

Um den Verlauf der Therapie abbilden zu können, wird bei Langzeittherapien eine Zwischenmessung (Z1) durchgeführt. Diese findet zur 20. Therapiesitzung statt. Zu Therapieende (bei Kurzzeittherapien: 20. Stunde, bei Langzeittherapien: 40. Stunde) kommt es zu einer Abschlussmessung (Post-Messung). Sollte es zur Verlängerung einer Langzeittherapie auf insgesamt 60 Therapiesitzungen kommen, so findet zur 40. Therapiestunde eine weitere Zwischenmessung (Z2) statt, der Abschluss erfolgt zur 55. Stunde. Die Abschlussmessungen werden grundsätzlich 5 Stunden vor Therapieende durchgeführt, da in vielen Therapien dann größere Intervalle zwischen den Stunden eingeführt werden oder Therapiestunden für eventuelle Krisen aufgehoben werden. Es kommen bei den Zwischen- und Abschlussmessungen die gleichen Fragebogen wie bei der Eingangsdiagnostik zum Einsatz (Standarddiagnostik und ggf. störungsspezifische Verfahren).

Die Zwischenmessungen dienen der Abbildung des Therapieverlaufs und werden mit den Patienten ausführlich besprochen, um Rückmeldung über den bisherigen

Therapieverlauf zu erhalten und zu geben und außerdem den weiteren Therapieverlauf planen zu können. Die Abschlussmessung gibt darüber hinaus in Form einer indirekten Veränderungsmessung Auskunft über den Erfolg der Therapie.

4.3.3 Katamnesemessungen

In der Regel ein Jahr nach Therapieende kommt es zu einer Katamnesemessung, auch Follow-Up Messung (FU-Messung) genannt. Sie gibt darüber Auskunft, wie sich die Symptomatik des Patienten nach Therapieende weiterentwickelt hat. Die Standarddiagnostik und ggf. störungsspezifische Fragebogen werden dem Patienten per Post zugesandt.

5. Fragestellungen und Hypothesen

Die vorliegende Arbeit untersucht die klinische Brauchbarkeit der durchgeführten Psychotherapien in der PTA Braunschweig. Es handelt sich um eine quasiexperimentelle Studie.

5.1 Hypothese 1: Allgemeine Ergebnisqualität

- a) Therapieerfolg: Aufgrund der in Kapitel 3.1 dargestellten RCT-Studien und der in Kapitel 3.2 dargestellten Effectiveness-Studien wird angenommen, dass sich die Symptomatik der Gesamtstichprobe im Rahmen der Therapie verbessert, d. h., dass sich die Symptomatik zu Therapieende deutlich geringer als zu Therapieanfang zeigt.
 - Es werden, insbesondere für die Untergruppe von Patienten mit pathologischem Ausgangswert, hohe Effektstärken ($d > 0.80$) erwartet.
 - Darüber hinaus wird von einem statistischen Unterschied zwischen der Prä- und Post-Messung ausgegangen.

- In Bezug auf die klinische/statistische Signifikanz wird eine mit anderen Effectiveness-Studien vergleichbare Rate an erfolgreichen Therapien erwartet, insbesondere in der Gruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert.
 - Des Weiteren wird angenommen, dass die Raten an klinischen/statistischen Verschlechterungen weniger als 10% betragen.
- b) Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs: Bislang liegen lediglich Katamneseberechnungen für depressive Patienten von Hiller (2010) sowie RCT-Studien vor. Diese Erkenntnisse sollen auf die vorliegende Gesamtstichprobe übertragen werden.
- Es wird daher erwartet, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Post- und der FU-Messung gibt.
 - Die Effektstärken sollen daher nicht signifikant von Null abweichen.
 - Darüber hinaus soll anhand von klinischen/statistischen Signifikanzen explorativ untersucht werden, zu welchen Anteilen sich Patienten nach Therapieende verschlechtern, verbessern oder keine Änderung zeigen.
- c) Intention-to-treat-Analyse: Zusätzlich wird in Bezug auf die Intention-to-treat Analyse angenommen, dass die für die Gesamtstichprobe und die Untergruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert errechneten Effektstärken für den GSI und BDI einen Therapieerfolg zeigen. Aufgrund der sehr konservativen Schätzung der Abbrecher-Werte (vgl. Kapitel 6.3.4) und den Vergleichswerten aus Kapitel 3.2 werden mittlere bis hohe Effektstärken erwartet, die geringer als bei den Completer-Analysen ausfallen.

Als abhängige Variablen dienen für die Gesamtstichprobe die Skalen und Summenscores in der SCL-90-R und im BDI. In die Intention-to-treat Analyse gehen der Summenscores der Symptom-Checkliste (GSI, vgl. Kapitel 6.2.2.1) und der BDI ein. Zur Statistik vergleiche Kap. 6.3.1..

5.2 Hypothese 2: Störungsspezifische Ergebnisqualität

a) Therapieerfolg: Für die Diagnosegruppen Depression, Agoraphobie/Panik, Soziale Phobie und Zwangsstörung wird aufgrund der in Kapitel 3.1 und 3.2 dargestellten Ergebnisse jeweils angenommen, dass sich die Symptomatik im Rahmen der Therapie verbessert.

- Es werden auch im Rahmen dieser Hypothese hohe Effektstärken ($d > 0.80$), insbesondere für die Untergruppe von Patienten mit pathologischem Ausgangswert erwartet.
- Es wird von einem statistischen Unterschied zwischen der Prä- und Post-Messung ausgegangen.
- Darüber hinaus werden in Bezug auf die klinische/statistische Signifikanz mit anderen Effectiveness-Studien vergleichbare Ergebnisse erwartet, da keine Hinweise dafür vorliegen, dass es systematische Unterschiede im Vergleich mit der Gesamtstichprobe gibt.

b) Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs:

- Es wird für alle Diagnosegruppen erwartet, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der Post- und der FU-Messung gibt.
- Die Effektstärken sollen daher nicht signifikant von Null abweichen.
- Darüber hinaus soll auch bei dieser Hypothese anhand von klinischen/statistischen Signifikanzen explorativ untersucht werden, zu welchen Anteilen sich Patienten nach Therapieende verschlechtern, verbessern oder keine Änderung zeigen.

Als abhängige Variablen dienen für alle Diagnosegruppen der GSI und der BDI. Im Rahmen dieser störungsspezifischen Fragestellung wird darüber hinaus auf einzelne Skalen der SCL-90-R und auf die Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognition und Vermeidung (AKV) zurückgegriffen. Für die Untergruppe der depressiven Patienten kommt es zum Einsatz der SCL-90-R Unterskala „Depression“, bei

Angstpatienten werden die AKV-Bogen und die SCL-90-R Unterskalen „Ängstlichkeit“ und „Phobische Angst“ mit einbezogen. Die SCL-90-R Unterskala „Zwanghaftigkeit“ wird für die Zwangspatienten und die Unterskala „Unsicherheit im Sozialkontakt“ für die Patienten mit sozialer Phobie verwendet. Zur Statistik vergleiche Kap. 6.3.1.

5.3 Hypothese 3: Einfluss von soziodemografischen Daten und Therapiedaten auf den Therapieerfolg und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

- a) Soziodemografische Daten: Aufgrund der in Kapitel 3.3 dargestellten Ergebnisse wird von folgenden Annahmen ausgegangen:
 - Das Alter und das Geschlecht des Patienten zeigen keine Zusammenhänge zum Therapieerfolg oder der Aufrechterhaltung des Erfolgs.
 - Die Variablen Berufstatus, Kinderanzahl, Familienstand und Ausbildung sollen explorativ untersucht werden.
- b) Therapiedaten: Aufgrund der in Kapitel 3.3 dargestellten Ergebnisse wird Folgendes angenommen:
 - Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen Anzahl der Therapiestunden sowie der Therapiedauer und dem Therapieerfolg.
 - Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Therapiestunden bzw. der Therapiedauer und der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs soll explorativ untersucht werden.
 - Des Weiteren sollen die Zusammenhänge zwischen dem Jahr der Prä-Messung und der Diagnoseanzahl mit dem Therapieerfolg explorativ untersucht werden.

Als abhängige Variablen dienen der GSI und der BDI. Zur Statistik vergleiche Kap. 6.3.1.

6. Methode

6.1 Darstellung der Patientenstichprobe

6.1.1 Selektionsweg

Der ursprüngliche Datensatz, der sich aus mehreren älteren Datensätzen und Daten aus der Testungssoftware Hogrefe und dem Ambulanzsoftware psychoPlan (vgl. Kapitel 6.2.1 über Datenquellen) zusammensetzte, enthielt Angaben zu weit über 3000 Patienten. Nachdem die Überschneidungen der unterschiedlichen Datensätze bereinigt wurden, lagen Datensätze von 2033 Patienten vor. Diese ließen sich unterteilen in 148 Kinder und Jugendliche, 260 Projektpatienten, 243 nicht für diese Studie benötigte Datensätze (z.B. Testprobanden oder Patienten vor 2000) und 1382 Erstkontakte zwischen dem Jahr 2000 und 2009, deren Selektionsweg bis hin zum verwendeten Gesamtdatensatz im Folgenden genauer erläutert wird.

Insgesamt wurden zwischen dem 01.01.2000 und dem 30.03.2010 1061 Therapien in der PTA Braunschweig regulär beendet oder abgebrochen. Abbildung 1 stellt den Selektionsweg dieser Patienten dar. Patienten, deren Post-Messung im 1. Quartal 2010 erfolgte, sind mit in die Stichprobe eingeschlossen und unter den regulär beendeten Therapien aufgeführt. Therapien, die im 1. Quartal 2010 begonnen wurden, sind aus organisatorischen Gründen nicht mit dargestellt.

Von den insgesamt 1382 Erstkontakten in den Jahren 2001-2009 wurde bei 159 Patienten lediglich ein Screening-Gespräch geführt und 162 Therapien wurden bereits in der Probatorik abgebrochen. 1061 Therapien wurden begonnen, wovon 346 am Stichtag 31.12.2009 noch liefen (in diesen laufenden Therapien sind sowohl Screening-Patienten als auch Patienten in der Probatorik und der Therapie summiert). Darüber hinaus wurden 715 Therapien beendet, 196 durch einen Abbruch und 519 regulär. Bei den Patienten mit einer regulär beendeten Therapie lagen 340 Post-Messungen und 179 Post- und FU-Messungen vor.

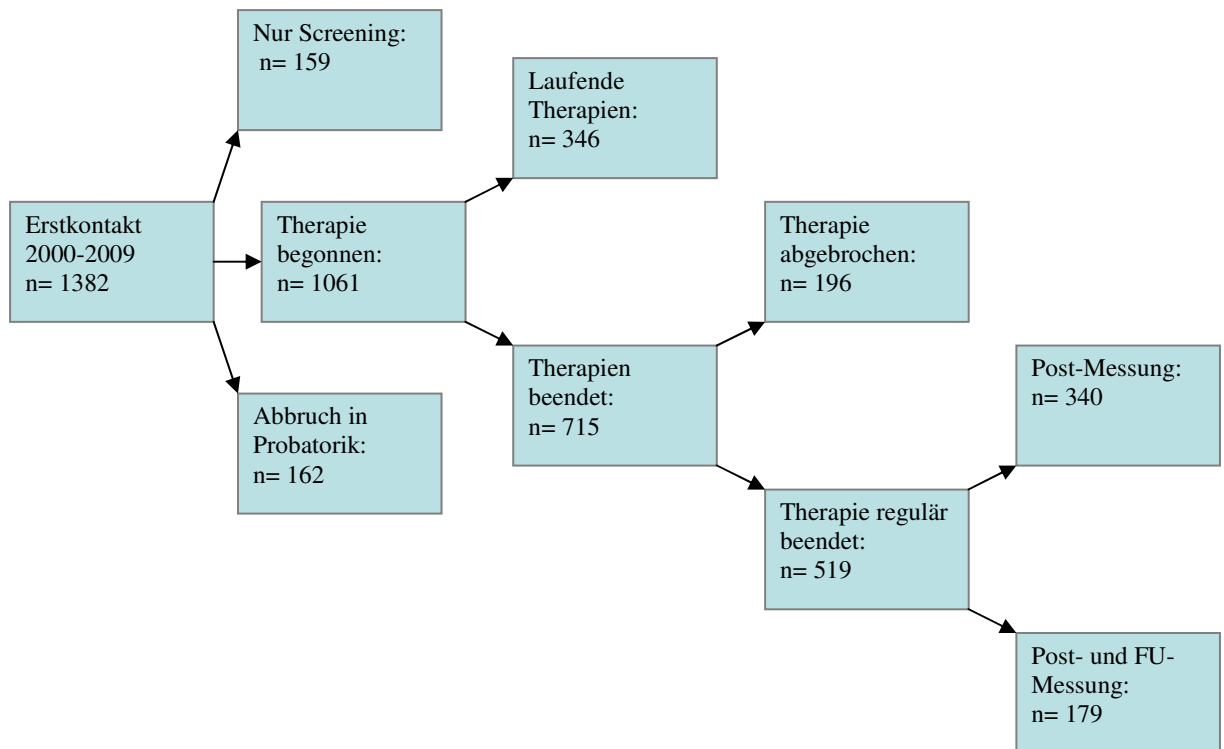


Abbildung 1: Selektionsweg der Patienten

Die Gesamtstichprobe, die in der vorliegenden Arbeit Verwendung fand, besteht aus 519 Patienten der PTA Braunschweig, die ihre Prä-Messung ab dem 01.01.2000 und ihre Post-Messung bis zum Ende des 1. Quartals 2010 (31.03.2010) absolviert haben. Es wurden nur Patienten mit in die Studie einbezogen, die die Therapie nicht abgebrochen haben und die über eine Prä- und über eine Post-Messung verfügen, wobei nicht alle Fragebogen der Standarddiagnostik vorliegen mussten. Eine FU-Messung wurde nicht vorausgesetzt. Es verfügen 340 der in die Studie eingeschlossenen Patienten über eine Prä- sowie eine Post-Messung, 179 zusätzlich auch über eine FU-Messung. Diese erfolgte durchschnittlich 17,51 Monate nach Therapieende (SD 7,5). In Bezug auf die soziodemografischen Daten ist anzumerken, dass diese bei 480 der 519 Patienten nahezu vollständig vorliegen.

6.1.2 Soziodemografische Daten

Von den 519 Patienten waren ungefähr 2/3 weiblich (343, 66,3%), 1/3 (174, 33,7%) männlich (fehlende Daten bei zwei Personen). Zum Zeitpunkt der Prä-Messung waren die Patienten im Mittel 36,8 Jahre (SD=11,8).

Ein großer Anteil der Patienten war zu Therapiebeginn verheiratet (33,0%) oder in einer Partnerschaft, 13,3% getrennt und 13,8% zusammen lebend, vgl. Tabelle 5. Von 62 Patienten lagen keine Daten zum Familienstand vor. Im Mittel hatten die Patienten 0,78 Kinder (SD=1,18).

Tabelle 5: Familienstand der Patienten (n=457)

Familienstand	Anzahl (Prozent)
verheiratet	151 (33,0%)
ledig, ohne Partnerschaft	149 (32,6%)
in Partnerschaft, getrennt lebend	61 (13,3%)
in Partnerschaft, zusammen lebend	63 (13,8%)
verwitwet/geschieden ohne Partnerschaft	33 (7,2%)

In Tabelle 6 sind die Schulabschlüsse der Patienten dargestellt. 81,5% der Patienten gaben an, einen Haupt- oder Realschulabschluss bzw. ein Abitur zu haben. Ein abgeschlossenes Studium wiesen 15,6% der Patienten vor und lediglich 2,8% hatten keinen Schulabschluss.

Tabelle 6: Schulabschlüsse der Patienten (n=423)

Schulabschluss	Anzahl (Prozent)
keine	12 (2,8%)
Hauptschulabschluss	102 (24,1%)
Realschulabschluss	130 (30,7%)
(Fach-)Abitur	113 (26,7%)
abgeschlossenes Hochschulstudium	66 (15,6%)

In Tabelle 7 sind die Berufsstände der Patienten dargestellt. Die größte Patientengruppe stellten die Angestellten und Beamten mit 36,1% dar.

Tabelle 7: Berufsstand der Patienten (n=441)

Berufsstand	Anzahl (Prozent)
Facharbeiter/Arbeiter	53 (12,0%)
Angestellter/Beamter	159 (36,1%)
Selbständig/Freiberufler	20 (4,5%)
Rentner	22 (5,0%)
arbeitslos	64 (14,5%)
Hausfrau/Hausmann	26 (5,9%)
erwerbsunfähig	15 (3,4%)
in Ausbildung/Umschulung	82 (18,6%)

6.1.3 Therapiedaten

Tabelle 8 zeigt die Jahre der Prä-Messung. Im Jahr 2000 wurden lediglich wenige Therapien begonnen, da die PTA sich damals in der Bildung befand. Viele der in den Jahren 2008 und 2009 begonnenen Therapien sind noch nicht beendet, weshalb keine Post-Messung vorliegt und nur wenige Patienten aus diesen Jahren mit in die Stichprobe eingeschlossen werden konnten.

Es wurden im Mittel 44,8 Therapiesitzungen durchgeführt (SD=26,3). Die durchschnittlicher Therapiedauer betrug 18,0 Monate (SD=12,4).

Tabelle 8: Jahre der Prä-Messung der Patienten (N= 519)

Jahr der Prä-Messung	Anzahl (Prozent)
2000	9 (1,7%)
2001	58 (11,2%)
2002	87 (16,8%)
2003	53 (10,2%)
2004	52 (10,0%)
2005	91 (17,5%)
2006	73 (14,1%)
2007	60 (11,6%)
2008	31 (6,0%)
2009	5 (1,0%)

6.1.4 Diagnosen

Die Verteilung der Diagnosen ist in Tabelle 9 abzulesen, wobei zu erwähnen ist, dass Mehrfachnennungen (bis zu drei Achse-I und zwei Achse-II Störungen) möglich waren. Aufgrund der Dokumentationsstruktur der PTA ist es bisher nicht möglich, Primär- und Sekundär Diagnosen zu unterscheiden. In Tabelle 9 sind daher sowohl der Anteil der einzelnen Störungen an der Gesamtzahl der vergebenen Diagnosen als auch der Prozentsatz in Bezug auf die Patientenzahl dargestellt. Komorbide Patienten konnten bei den störungsspezifischen Analysen in mehrere Diagnosegruppen eingehen. Es ist zu beachten, dass Patienten auch mehr als eine Diagnose aus einem Störungsbereich aufweisen können (z.B. Abhängigkeit von zwei Substanzen), weshalb sich der Prozentsatz in Bezug auf die Gesamtzahl der Störungen nicht direkt in den Prozentsatz der Patienten, die eine bestimmte Störung aufweisen, umrechnen lässt. In Abbildung 2 sind die Anteile der Diagnosen an der Gesamtzahl aller Diagnosen dargestellt, in Abbildung 3 der Anteil der Diagnosen in Bezug auf die Patientenzahl.

Insgesamt wurden an die 519 Patienten 826 Diagnosen vergeben. Im Durchschnitt wurden 1,69 Diagnosen ($SD = 0,79$) vergeben, 271 Patienten wiesen eine und 248 Patienten mindestens zwei Diagnosen auf.

Besonders hervorzuheben ist der hohe Anteil an der Diagnose Depression (25,3% aller vergebenen Diagnosen) und Angst (18,9% aller vergebenen Diagnosen). Auf die Patientenzahl umgerechnet lässt sich sagen, dass 209 der insgesamt 519 Patienten (40,3%) die Diagnose Depression erhielten und 152 Patienten (29,3%) die Diagnose Panik/Agoraphobie. Darüber hinaus erhielten 45 Patienten (8,7%) die Diagnose Zwang und 81 Patienten (15,6%) die Diagnose Soziale Phobie.

In der vorliegenden Arbeit wurden die vier größten Patientengruppen zur detaillierten Analyse ausgewählt. Die Störungsgruppe Persönlichkeitsstörungen (F60) wurde nicht berücksichtigt, da Persönlichkeitsstörungen eine sehr heterogene Gruppe bilden und daher auf die Zusammenfassung in eine Auswertungsgruppe verzichtet wurde.

Tabelle 9: Übersicht über die Diagnosen der Patienten

Diagnose	Anteil an vergebenen Störungen	Anteil an Patienten
F 1 Störungen durch psychotrope Substanzen	25 (3,0%)	19 (3,7%)
F 20, F 22, F 23, F 25 Schizophrenie, Wahn und schizoaffektive Störungen	12 (1,5%)	12 (2,3%)
F 32, F33 Depression	209 (25,3%)	209 (40,3%)
F 40.0, F 41.0 Panik/Agoraphobie	156 (18,9%)	152 (29,3%)
F 40.1 soziale Phobie	81 (9,9%)	81 (15,6%)
F 42 Zwang	45 (5,4%)	45 (8,7%)
F 50 Essstörungen	34 (4,1%)	34 (6,6%)
F 60 Persönlichkeitsstörungen	58 (7,0%)	56 (10,8%)
andere Störungen	206 (24,9%)	169 (32,6%)

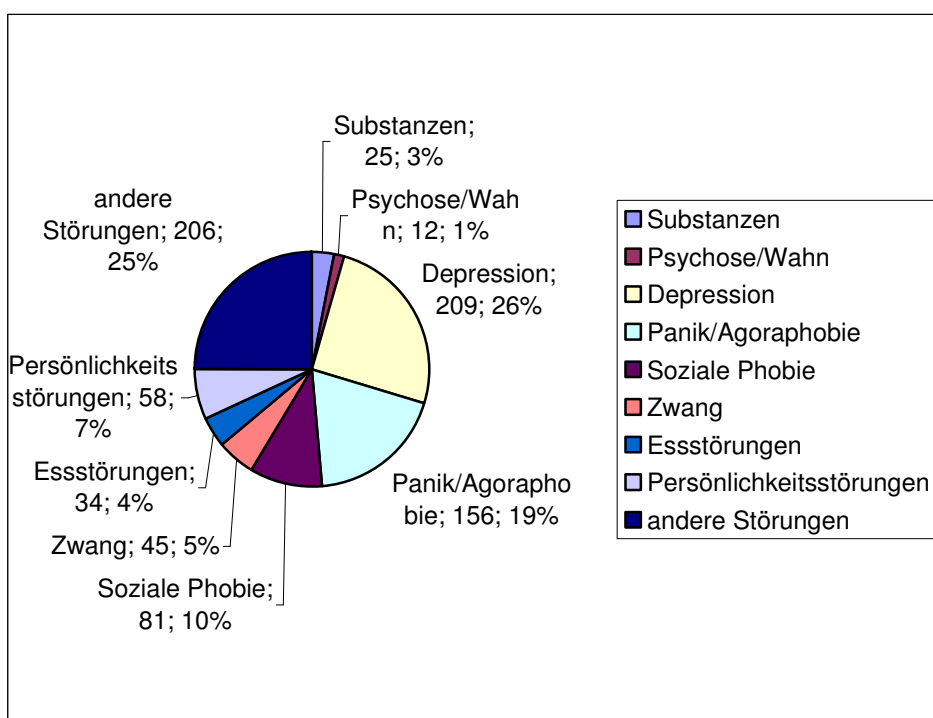


Abbildung 2: Anteil der einzelnen Diagnosen in Bezug auf die Gesamtzahl der Diagnosen

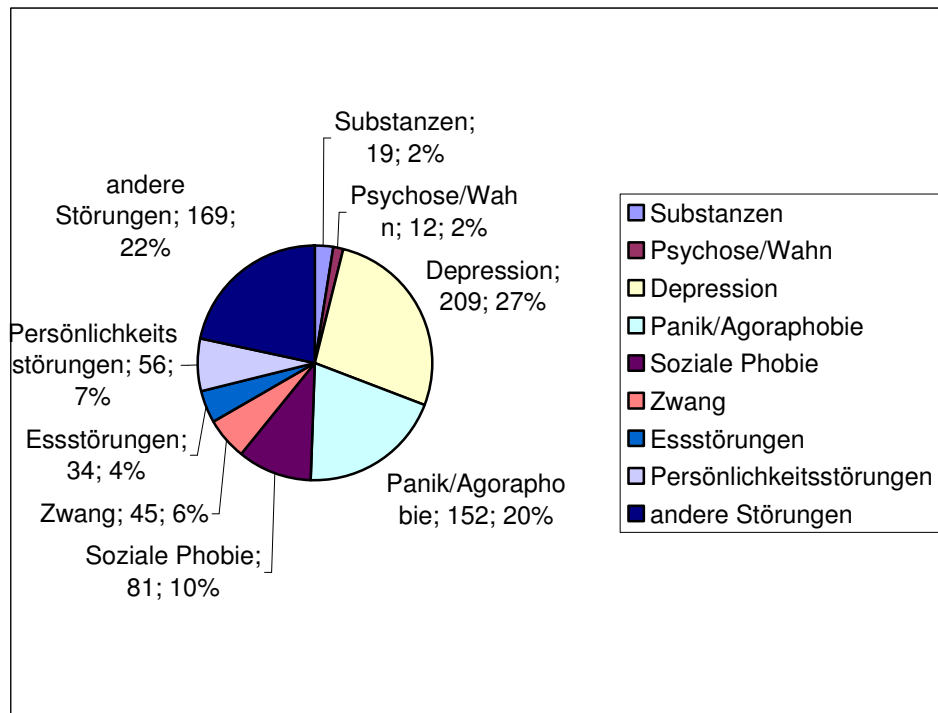


Abbildung 3: Anteil der einzelnen Diagnosen in Bezug auf die Patientenzahl

6.2 Datenerhebung

6.2.1 Messzeitpunkte und Datenquellen

Als Datengrundlage für diese Studie standen die Fragebogenergebnisse der Prä-, Post- und ggf. FU-Messung zur Verfügung (vgl. Kap. 4.3). Es handelt sich daher um eine indirekte Veränderungsmessung, die punktuell erhoben wurde. Die Testdaten stammten größtenteils aus älteren Datensätzen, die im Rahmen früherer Diplomarbeiten erhoben wurden und aus dem HTS, welches seit 2005 zur Standarddiagnostik zur Verfügung steht. Die soziodemografischen Daten der Patienten entstammen ebenfalls älteren Datensätzen sowie der Ambulanzsoftware psychoPlan. Letztere ist eine Verwaltungssoftware, welche es neben der Abrechnung von Therapieleistungen auch ermöglicht, individuelle Anpassungen am Programm vorzunehmen. Seit 2007 wird die Patientendokumentation der PTA, die soziodemografische und Therapiedaten erfasst, in psychoPlan gepflegt. Sowohl die HTS Daten als auch die Informationen aus psychoPlan wurden ausgelesen und miteinander sowie mit den älteren Datensätzen

verknüpft. Mehrfach vorliegende Patientendaten wurden in einen Patientendatensatz integriert und fehlende Daten anhand von Aktenanalysen nachgetragen.

6.2.2 Messinstrumente

6.2.2.1 Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die SCL-90-R (deutsche Version von Franke, 2002) ist ein Selbstbeurteilungsbogen und erfasst mit Hilfe von 90 Items die symptomatische Belastung von Patienten in den letzten sieben Tagen. Der Test ist ab 12 Jahren einsetzbar, und die Bearbeitungszeit wird mit 10 bis 15 Minuten angegeben. Der Fragebogen ist ausdrücklich als geeignet für Verlaufsdiagnostik und Therapieevaluation empfohlen. Die Items lassen sich neun Skalen zuteilen: Somatisierung (12 Items), Zwanghaftigkeit (10 Items), Unsicherheit im Sozialkontakt (9 Items), Depressivität (13 Items), Ängstlichkeit (10 Items), Aggressivität/Feindseligkeit (6 Items), Phobische Angst (7 Items), Paranoides Denken (6 Items) und Psychotizismus (10 Items). Die Items werden auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „überhaupt nicht“ bis „sehr stark“ beurteilt. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, drei globale Kennwerte zu berechnen. Der GSI (Global Severity Index) misst die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf alle Items, der PSDI (Positive Symptom Distress Index) die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf die Items, bei denen eine Belastung angegeben wurde und der PST (Positive Symptom Total) die Anzahl der Items, bei denen eine Belastung angegeben wurde. Es liegen drei repräsentative Eichstichproben sowie spezifische Vergleichsgruppen (z.B. HIV-Patienten) vor. Die einzelnen Skalenwerte und die globalen Kennwerte lassen sich in t-Werte umrechnen. Franke (2002) überprüfte die Interkorrelation der Skalen und fand hohe Korrelationen. Diese erklärt sie durch das Konzept der Symptombelastung: einige Symptombereiche treten oftmals gemeinsam auf. Darüber hinaus wurde durch Franke (2002) die faktorielle, konvergente und diskriminante Validität der SCL-90-R untersucht. Die interne Konsistenz der einzelnen Skalen liegen bei der größten repräsentativen Eichstichprobe (n=2141) bei Cronbachs α zwischen $r_{\min}=.75$ (Unterskala Phobische Angst) und $r_{\max}=.97$ (globale Kennwerte). Die Retest-Reliabilität (1 Woche) wurde lediglich anhand einer kleinen Studentenstichprobe (n=80) untersucht. Sie lag im mittleren ($r_{\min}=.69$ Unterskala Phobische Angst) bis hohen ($r_{\max}=.92$ Unterskala Depression) Bereich.

6.2.2.2 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das BDI (Hautzinger et al., 1995) ist ein Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung schwerer depressiver Symptomatik. Es gibt eine Kurz- sowie eine Langform mit 13 bzw. 21 Items. Die Items der Langform befassen sich inhaltlich mit den für Depressive typischen Symptombereichen (A) traurige Stimmung, (B) Pessimismus, (C) Versagen, (D) Unzufriedenheit, (E) Schuldgefühle, (F) Strafbedürfnis, (G) Selbsthass, (H) Selbstanklagen, (I) Selbstmordimpulse, (J) Weinen, (K) Reizbarkeit, (L) sozialer Rückzug und Isolierung, (M) Entschlussunfähigkeit, (N) negatives Körperbild, (O) Arbeitsunfähigkeit, (P) Schlafstörungen, (Q) Ermüdbarkeit, (R) Appetitverlust, (S) Gewichtsverlust, (T) Hypochondrie und (U) Libidoverlust. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer beträgt 10 bis 15 Minuten und der Fragebogen ist für Patienten zwischen 18 und 80 Jahren einsetzbar. Die Antworten werden hinsichtlich der Schwere der Symptome in den letzten 7 Tagen auf einer vierstufigen Skala angegeben, so dass ein Summenwert von 0 bis 63 Punkten zu erreichen ist. Laut Manual weist ein Summenwert von 11-17 auf eine milde Depression hin. Werte über 18 sind als klinisch relevant zu bezeichnen. Die interne Konsistenz erreicht über alle Patienten hinweg ein zufrieden stellendes Cronbachs α von $r=.88$. Die Retest-Reliabilität wurde anhand von Rangkorrelations-Koeffizienten untersucht. Diese lagen beispielsweise bei $r=.75$ (1 Woche) und $r=.68$ (2 Wochen). Die inhaltliche Validität ist laut Manual gegeben, da sich die Items an den Diagnosesystemen DSM III und ICD 10 orientieren. Darüber hinaus wurde die konkurrente Validität im Vergleich mit anderen Selbstbeurteilungs- und Fremdbeurteilungsbogen untersucht. Außerdem wurden Faktoren-, Diskriminanz- und Clusteranalysen durchgeführt.

6.2.2.3 Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung (AKV-Bogen)

Die AKV Bogen (Ehlers, Margraf & Chambless, 2001) setzen sich aus drei Fragebogen zusammen und sind die deutsche Fassung der Fragebogenbatterie von Chambless und Mitarbeitern. Sie wurden für Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie entwickelt, finden aber auch bei Patienten mit anderen Angststörungen oder somatoformen Störungen Verwendung. Die Bogen sind sowohl zum Screening als

auch zur Therapieplanung und Erfolgskontrolle empfohlen, da sie sehr ökonomisch (5-10 Minuten pro Fragebogen) und änderungssensitiv sind. Es liegen zur Interpretation der Ergebnisse Normwerte unterschiedlicher Stichproben vor, z.B. eine gesunde Vergleichsgruppe und Werte von Patienten mit Panikstörung und/oder Agoraphobie. Die Validität der Bogen wurde ausführlich untersucht und belegt (vgl. Ehlers und Margraf, 2001).

Der Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ) erfasst, als wie bedrohlich Patienten körperliche Symptome, beispielsweise Herzklopfen oder Schwindel, empfinden. Anhand von 17 Items wird die jeweilige Angst auf einer fünfstufigen Skala beurteilt. Der errechnete Mittelwert kann anhand von Normstichproben interpretiert werden. Die interne Konsistenz lag bei unterschiedlichen deutschen Stichproben zwischen $r=.80$ und $r=.95$. Die Retest-Reliabilität wird mit $r=.63$ (nach durchschnittlich 28 Tagen) bzw. $r=.66$ (durchschnittlich 110 Tage) angegeben.

Der Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ) erfasst anhand von 14 Items, wie häufig angstbezogene Kognitionen (z.B. Ich könnte einen Herzinfarkt bekommen) auftreten und wie angst einflössend sie sind. Die Antwortskala ist fünfstufig und es lassen sich ein Gesamtwert sowie die Unterfaktoren „Körperliche Krise“ und „Kontrollverlust“ bilden. Die interne Konsistenz wird zwischen $r=.74$ und $r=.87$ angegeben. Die Retest-Reliabilität lag bei $r=.75$ (28 Tage) bzw. $r=.80$ (110 Tage) angegeben.

Das Mobilitäts-Inventar (MI) misst anhand von 27 Items das Ausmaß an Vermeidung typischer agoraphobischer Situationen (z.B. Bus fahren) auf einer fünfstufigen Skala. Es werden getrennte Einschätzungen unter den Bedingungen „allein“ (MI-A) und „in Begleitung“ (MI-B) vorgenommen. Die interne Konsistenz lag zwischen $r=.85$ und $r=.97$. Die Retest-Reliabilität betrug $r=.92$ (28 Tage) bzw. $r=.91$ (110 Tage).

6.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung erfolgte anhand der Statistikprogramme SPSS 17.0 und 18.0 für windows. Bei allen statistischen Analysen wurde ein Signifikanzniveau von 5% vorausgesetzt. Es wurden jeweils der Behandlungserfolg (Vergleich Prä-Post) und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs (Vergleich Post-FU) betrachtet. Es ist unbedingt

zu beachten, dass die jeweiligen Post-Stichproben nicht identisch sind, da die Stichprobe unter der Bedingung Post-FU kleiner ist, da lediglich die Post-Werte der Patienten, bei denen auch eine FU-Messung erfolgte, mit eingeschlossen wurden.

In Bezug auf den Behandlungserfolg ist eine Verbesserung anzustreben, in Bezug auf die aufrechterhaltende Bedingung soll es zu keiner Verschlechterung nach Therapieende kommen.

6.3.1 Berechnete Maße und Tests

Statistische Signifikanz: Es wurden Tests auf statistische Unterschiede auf Gruppenebene zwischen den Messzeitpunkten Prä-Post und Post-FU durchgeführt, um zu untersuchen, ob sich die Werte in den jeweiligen Fragebogen voneinander unterscheiden. Hierzu kamen t-Tests bei verbundenen Stichproben zum Einsatz. Aufgrund der Linksschiefe der Verteilungen wurden zusätzlich Wilcoxon-Tests gerechnet, die, falls nicht gesondert angegeben, zu den gleichen Entscheidungen kamen. Auf den Einsatz von Varianzanalysen, um Unterschiede zwischen den drei Messzeitpunkten zu berechnen, wurde aufgrund der verminderten Größe der Stichprobe von Patienten, die drei Messungen aufweisen, verzichtet.

Effektstärken: Es wurden Effektstärken berechnet, um die Bewertung der Größe der statistischen Unterschiede zu ermöglichen. Die Effektstärken wurden auf Rohwertebene anhand folgender Formel berechnet:

$$ES = \frac{\bar{x}_1 - \bar{x}_2}{SD_{diff}}$$

Die Mittelwertsdifferenz wurde hierbei anhand der Streuung der Differenzwerte standardisiert (vgl. Rustenbach, 2003), da sich diese Methode besonders für Prä-Post-Analysen eignet. Anschließend wurde eine Korrektur durchgeführt, um bei geringem Stichprobenumfang (z.B. bei den Diagnosegruppen) den Stichprobenfehler zu adjustieren (vgl. Rustenbach, 2003). Zu Bewertung des Behandlungserfolges (Vergleich Prä-Post) wurden die Grenzwerte von Cohen (1988) herangezogen: Effektstärken von $d=0,2$ bis $0,5$ werden als klein, ab $d=0,5$ als mittel und ab $d=0,80$ als hoch bezeichnet. In

Bezug auf die Post-FU Vergleiche wurde berechnet, ob sich die Effektstärken signifikant von 0 unterscheiden, ob es also zu einer Verschlechterung bzw. Verbesserung kam (vgl. Rustenbach, 2003). Darüber hinaus wurden im Rahmen der Hypothese 3 individuelle Effektstärken auf Patientenebene nach oben erwähnter Formel berechnet.

Varianzanalysen: Es wurden im Rahmen der Hypothese 3 einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet, um die soziodemografischen Daten (z.B. Berufsstand) und Therapiedaten (z.B. Jahr der Prä-Messung) mit den individuellen Effektstärken der Patienten in Verbindung setzen zu können. Anschließend erfolgte mittels Post hoc Tests nach Bonferroni ein paarweiser Vergleich.

Klinische/statistische Signifikanz: Da Effektstärken lediglich Aussagen über den Behandlungserfolg der Gesamtgruppe und nicht über den individuellen Erfolg der einzelnen Patienten treffen können, wurden zusätzlich weitere Maße erhoben: die statistische und die klinische Signifikanz. Die statistische Signifikanz, gemessen durch den Reliable Change Index (RCI; Jacobson & Truax, 1991), einem verteilungsabhängigem Response-Maß, wurde für jeden Patienten berechnet. Er gibt an, ob es zu einer statistischen Änderung gekommen ist. Er wurde anhand folgender Formel bestimmt, wobei Werte über 1,96 eine reliable Verbesserung und unter -1,96 eine reliable Verschlechterung bedeuten:

$$RC = \frac{x_{prä} - x_{post}}{\sqrt{2} \cdot s_{prä} \cdot \sqrt{1 - r_{xx}}}$$

Eine klinisch signifikante Veränderung liegt dann vor, wenn sich ein Patient vom dysfunktionalen in den funktionalen Bereich verändert hat, d.h., wenn er vor der Therapie der Gruppe der Kranken und nach der Therapie der Gruppe der Gesunden zuzuordnen ist. Es ist ein Remissionsmaß. Hierfür ist es notwendig, einen Cut-off für den Übergang zwischen diesen beiden Bereichen festzulegen. Für die SCL-90-R wurde, wie im Manual empfohlen, der Cut-off bei einem t-Wert von 63 festgelegt, d.h., Patienten mit einem Wert ≥ 63 wurden als krank, mit einem Wert von < 63 als gesund bezeichnet. Für den BDI wurde als Cut-off der Rohwert 18 gewählt. Da im Manual der AKV Bogen keine Cut-offs angegeben wurden, wurde das standardisierte Mittel aus der

gesunden Normgruppe aus dem Manual und der eigenen Stichprobe als Grenzwert gewählt. Dieser lag beim ACQ bei einem Rohwert von $c=1,578$, beim BSQ $c=2,093$, beim MIA $c=1,843$ und beim MIB $c=1,440$. Die Ergebnisse der klinischen und statistischen Signifikanzen erlauben Aussagen darüber, wie viel Prozent der Patienten eine klinische, eine statistische oder klinische und statistische Verbesserung nach Therapieende zeigten. Nach Jacobson, Follette und Revenstorf (1984) ist eine Therapie dann als erfolgreich zu werten, wenn es zu einer klinischen und statistischen Verbesserung kommt. Darüber hinaus kann man auch die Aufrechterhaltung der Therapieerfolge anhand von klinischen und statistischen Signifikanzen beurteilen.

Korrelationen: Es wurden Korrelationen nach Spearman berechnet, um dimensionale Daten (z.B. Alter bei Prä-Messung) mit den individuellen Effektstärken der Patienten in Verbindung setzen zu können. Nach Cohen (1988) sind Korrelationen von $r=.1$ als klein, von $r=.3$ als mittel und von $r=.5$ als groß zu bezeichnen.

z-Wert Profile: Um die verschiedenen Messinstrumente miteinander vergleichen zu können, wurden die Skalenrohre an der Normalstichprobe in z-Werte transformiert. Dies ermöglicht Aussagen darüber, ob die Skalenwerte der Gruppen zum jeweiligen Messzeitpunkt zur Verteilung der Normalstichprobe zu rechnen sind, also innerhalb von einer Standardabweichung (konservatives Kriterium) oder zwei Standardabweichungen vom Mittelwert der Normalstichprobe entfernt sind.

6.3.2 Umgang mit fehlenden Daten

Es wurden lediglich Patienten, die zumindest eine Prä- und eine Post-Messung haben, in die Stichprobe eingeschlossen. Da sich die Standarddiagnostik im Laufe der Jahre in der PTA verändert hat, liegen nicht von jedem Patienten alle Fragebogen vor. Die Patienten wurden dann von der Analyse des jeweiligen Fragebogens ausgeschlossen. Unvollständig ausgefüllte Fragebogen, die keine Auswertung erlaubten, wurden ebenfalls ausgeschlossen.

6.3.3 Ausgangsbelastung

Um die Effektstärken und Einzelfallanalysen interpretieren zu können und die Vergleichbarkeit mit anderen Studien zu ermöglichen, wurden die Berechnungen jeweils getrennt für Patienten mit und ohne pathologischem Prä-Wert ausgeführt. Als Cut-off für die Bewertung des pathologischen Zustandes dienen die Grenzwerte der klinischen Signifikanzen (vgl. 6.3.1).

6.3.4 Completer vs. *Intention-to-treat* Analysen

In dieser Studie wurden vorwiegend Completer-Analysen gerechnet, d.h., dass lediglich Datensätze von Patienten, die die Therapie regulär durchlaufen und beendet haben und von denen zumindest eine Prä- und eine Post-Messung vorliegen, eingeschlossen wurden. Nach Hiller et al. (2009) kann dies zu einer Verzerrung der Ergebnisse führen, da davon ausgegangen werden kann, dass abgebrochene Therapien eher weniger erfolgreich sind als regulär beendete. Hiller schlägt vor, im Rahmen einer *Intention-to-treat* Analyse alle Patienten, die eine Therapie in der jeweiligen Einrichtung begonnen haben (also mehr als die fünf probatorischen Sitzungen absolviert haben), mit einzuschließen. Als Post-Werte sollen die jeweils letzten Messungen dienen. Da in der PTA Braunschweig die erste Zwischenmessung erst zur 20. Therapiesitzung erfolgt, liegen bei den meisten abgebrochenen Therapien lediglich die Werte der Prä-Messung vor. Diese gingen in dieser Arbeit in separaten Analysen als sehr konservative Schätzer der Post-Werte mit in die Auswertung ein, um diese *Intention-to-treat* Analyse mit den vorliegenden Completer-Daten vergleichen zu können.

7. Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie nach Hypothesen unterteilt präsentiert. Eine weitere Untergliederung erfolgte in Bezug auf die Testzeitpunkte. Der Therapieerfolg (Prä-Post-Bedingung) und die Aufrechterhaltung der Erfolge (Post-FU-Bedingung) werden getrennt voneinander dargestellt. Der Vergleich

mit den in Kapitel 3 vorgestellten Efficacy- und Effectiveness-Studien erfolgt in Kapitel 7.4 und 7.5.

7.1 Hypothese 1: Allgemeine Ergebnisqualität

Im Rahmen dieser Hypothese wird angenommen, dass die Therapien der Gesamtstichprobe klinisch brauchbar sind, d.h., dass sowohl hohe Effektstärken als auch befriedigende klinische und statistische Signifikanzen erreicht wurden. Die Rate an Verschlechterungen wird unter 10% vermutet. Darüber hinaus wird von einer Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs ausgegangen. In Bezug auf die Intention-to-treat Analysen werden mittlere bis hohe Effektstärken erwartet (vgl. Kapitel 5.1). Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zum Therapieerfolg (Kap. 7.1.1) und zur Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs (Kap. 7.1.2) berichtet. Es werden die Verteilungen der Gesamtstichprobe in Bezug auf die einzelnen Fragebogen in Form von z-Wert Profilen dargestellt. Anschließend werden die Effektstärken und klinischen/statistischen Signifikanzen vorgestellt. Es werden jeweils alle Patienten und die Patienten mit einem pathologischen Prä-Wert getrennt dargestellt. In Kapitel 7.1.3 werden die Ergebnisse der Intention-to-treat Analyse vorgestellt.

7.1.1 Therapieerfolg

In Abbildung 4 sind die z-Wert Profile der **Gesamtstichprobe** unter der Bedingung Prä-Post dargestellt. Die Skalen der SCL-90-R und der Gesamtwert des BDI wurden anhand der repräsentativen Eichstichprobe bzw. anhand der Normstichprobe gesunder Patienten aus den jeweiligen Manualen standardisiert. Es wird ersichtlich, dass die Prä-Werte der Stichprobe aus der PTA deutlich höher als bei den Normstichproben ausfielen: die Werte auf allen Skalen und Gesamtscores liegen mindestens eine, im Falle der Skala Ängstlichkeit der SCL-90-R und im BDI sogar mehr als zwei Standardabweichungen höher als die Mittelwerte der Normstichprobe. Die Post-Werte hingegen lagen alle innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe entfernt. Die Werte sind daher als deutlich zur Normstichprobe

zugehörig zu bewerten. Zur detaillierten Betrachtung der Verteilungen siehe Tabelle A1 im Anhang.

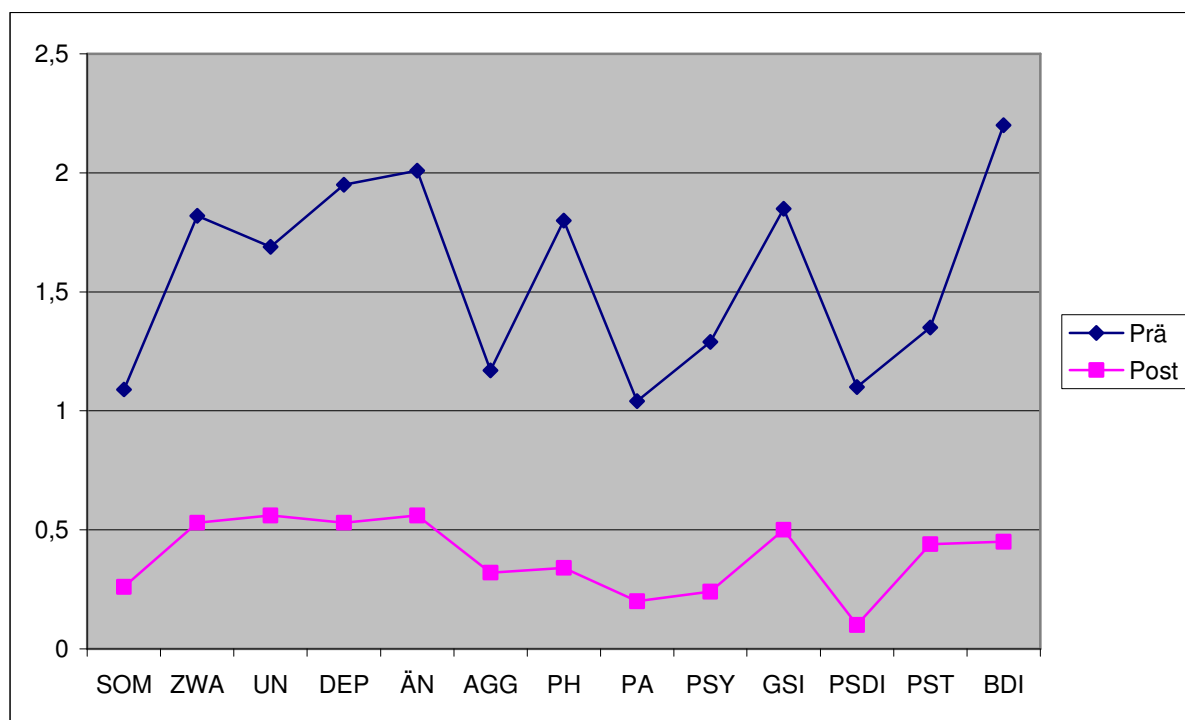


Abbildung 4: Z-Wert Profil der Gesamtstichprobe in der SCL-90-R und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: SOMA = SCL-90-R-Skala Somatisierung, ZWA = SCL-90-R-Skala Zwanghaftigkeit, UN = SCL-90-R-Skala Unsicherheit im Sozialkontakt, DEP = SCL-90-R-Skala Depressivität, ÄN = SCL-90-R-Skala Ängstlichkeit, AGG = SCL-90-R-Skala Aggressivität, PH = SCL-90-R-Skala Phobische Angst, PA = SCL-90-R-Skala Paranoides Denken, PSY = SCL-90-R-Skala Psychotizismus, GSI = Global Severity Index, PSDI = Positive Symptom Distress Index, PST = Positive Symptom Total, BDI = Gesamtwert im Beck-Depressions-Inventar.

Die Mittelwerte und Standardabweichungen der Gesamtstichprobe sind des Weiteren in Tabelle 10 dargestellt. In dieser Tabelle sind auch die Effektstärken und Ergebnisse der t-Tests bei verbundenen Stichproben aufgeführt. Die errechneten Effektstärken sind nach den Grenzwerten von Cohen (1988) von $d=0,2$ bis $0,5$ als klein, ab $d=0,5$ als mittel und ab $d=0,8$ als hoch zu bewerten. Besonders hohe Effektstärken wurden auf den Skalen Zwanghaftigkeit und Depressivität und auf den Globalskalen GSI, PSDI und PST der SCL-90-R sowie im BDI erzielt. Alle Effektstärken wichen hoch signifikant von Null ab. Darüber hinaus zeigten sich die statistischen Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Prä- und Postmessung hoch signifikant bei allen untersuchten Skalen und Gesamtwerten ($p < .000$), was neben den befriedigenden Effektstärken ein weiteres Indiz für einen Behandlungserfolg darstellt.

Tabelle 10: Effektstärken und Signifikanztests der Gesamtstichprobe unter der Bedingung Prä-Post

Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	kor. ES
SCL SOM	513	11,74 (8,60)	7,08 (6,75)	7,81	13,52	.000**	0,60**	0,60**
SCL ZWA	513	13,04 (7,85)	6,99 (6,57)	7,25	18,90	.000**	0,83**	0,83**
SCL UN	513	11,13 (7,66)	6,16 (6,24)	7,04	16,01	.000**	0,71**	0,71**
SCL DEP	513	18,64 (10,78)	9,22 (9,05)	10,34	20,62	.000**	0,91**	0,91**
SCL ÄN	513	12,44 (9,22)	5,90 (6,13)	8,72	17,01	.000**	0,75**	0,75**
SCL AGG	513	5,39 (4,54)	3,00 (3,41)	4,25	12,77	.000**	0,56**	0,56**
SCL PH	513	6,36 (6,71)	2,45 (4,02)	5,89	14,85	.000**	0,66**	0,66**
SCL PA	513	6,06 (5,10)	3,36 (3,94)	4,66	13,10	.000**	0,58**	0,58**
SCL PSY	513	6,84 (6,07)	3,08 (4,12)	5,49	15,50	.000**	0,69**	0,68**
SCL GSI	513	1,10 (0,63)	0,57 (0,52)	0,58	20,77	.000**	0,92**	0,92**
SCL PSDI ₁	263	1,83 (0,56)	1,36 (0,50)	0,58	13,26	.000**	0,81**	0,81**
SCL PST ₁	264	48,88 (18,52)	31,80 (21,30)	18,45	15,05	.000**	0,93**	0,92**
BDI	500	17,91 (9,75)	8,81 (8,62)	9,63	21,11	.000**	0,94**	0,94**

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

1 Die Werte für den PSDI und PST lagen in älteren Datensätzen nicht vor, weshalb die Stichprobe kleiner ausfällt.

In Abbildung 5 und Tabelle 11 sind analog die Werte der Unterstichprobe der **Patienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Abbildung 5 zeigt, dass die Prä-Werte dieser Unterstichprobe zwischen zwei und vier Standardabweichungen oberhalb dem Mittelwert der Normstichprobe lagen. Zum Post-Zeitpunkt zeigten sich lediglich die Werte auf der SCL-90 Skala Soziale Unsicherheit sowie im BDI und noch immer leicht erhöht, die anderen Werte waren als unauffällig zu beurteilen. Für Details der z-Werte siehe Tabelle A2 im Anhang. Sowohl die Prä- als auch die Post-Werte fielen im Vergleich mit der Gesamtstichprobe auf den meisten Skalen und Gesamtwerten signifikant höher aus. Aufgrund der erhöhten Ausgangswerte waren auch höhere

Effektstärken zu erwarten, da mehr Potential für einen Behandlungserfolg vorlag. Die erzielten Effektstärken sind ausnahmslos als hoch zu bewerten; insbesondere die Effektstärken auf den Skalen Zwanghaftigkeit, Depressivität, Phobische Angst, Paranoides Denken, Psychotizismus sowie die Globalskalen GSI und PSDI und der BDI sind als sehr gut zu beurteilen. Darüber hinaus waren erneut alle statistischen Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Prä- und Postmessung hoch signifikant ($p = <.000$).

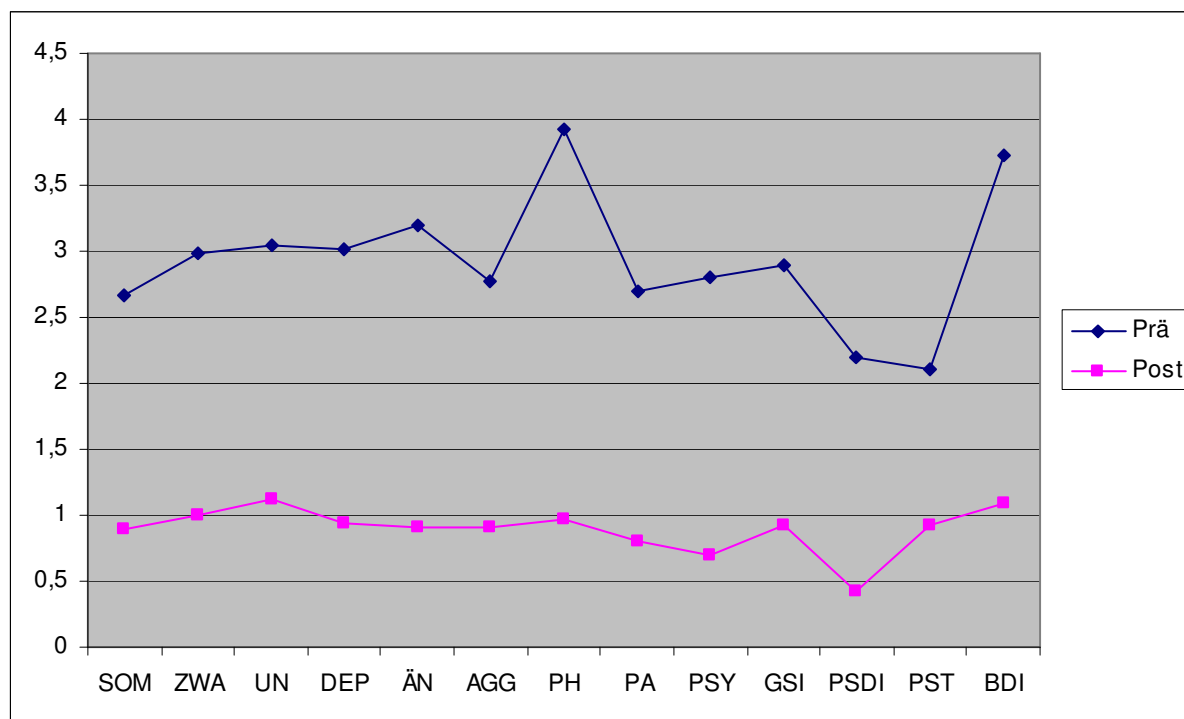


Abbildung 5: Z-Wert Profil der Patienten mit pathologischem Ausgangswert in der SCL-90-R und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 11: Effektstärken und Signifikanztests der Patienten mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Prä-Post

Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
SCL SOM	197	20,63 (6,67)	10,67 (7,79)	8,64	16,35	.000**	1,16**	1,16**
SCL ZWA	289	18,50 (5,90)	9,17 (7,13)	7,37	21,53	.000**	1,27**	1,26**
SCL UN	261	17,13 (5,87)	8,68 (6,74)	7,26	18,78	.000**	1,16**	1,16**
SCL DEP	308	25,71 (7,63)	11,92 (9,58)	10,12	23,91	.000**	1,36**	1,36**
SCL ÄN	310	17,80 (8,04)	7,50 (6,54)	8,88	20,43	.000**	1,16**	1,16**

Fortsetzung Tabelle 11

Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	kor. ES
SCL AGG	204	9,92 (3,74)	4,65 (4,00)	4,83	15,59	.000**	1,09**	1,09**
SCL PH	237	11,95 (6,02)	4,12 (4,92)	6,24	19,31	.000**	1,25**	1,25**
SCL PA	197	11,40 (3,87)	5,33 (4,57)	5,01	17,01	.000**	1,21**	1,21**
SCL PSY	220	12,30 (5,32)	4,69 (4,93)	5,62	20,01	.000**	1,35**	1,35**
SCL GSI	298	1,51 (0,48)	0,74 (0,56)	0,59	22,84	.000**	1,32**	1,32**
SCL PSDI	117	2,34 (0,41)	1,51 (0,61)	0,60	14,95	.000**	1,38**	1,37**
SCL PST	137	63,34 (9,18)	40,98 (20,56)	19,05	13,74	.000**	1,17**	1,17**
BDI	251	25,85 (6,40)	12,10 (9,50)	9,83	22,17	.000**	1,41**	1,40**

* $p < .05$; ** $p < .01$; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

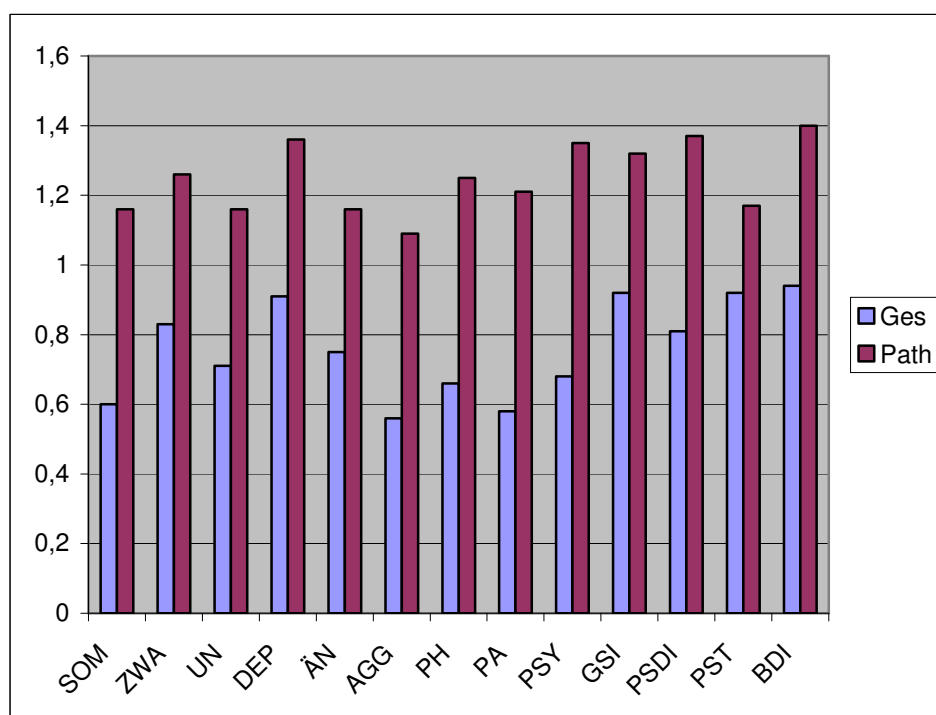


Abbildung 6: Darstellung der Effektstärken der Gesamtstichprobe (Ges) und der Patienten mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Abbildung 6 sind die Effektstärken der Gesamtstichprobe und der Patienten mit pathologischem Ausgangswert grafisch gegenübergestellt. Es wird ersichtlich, dass die Effektstärken der Unterstichprobe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert deutlich höher ausfielen als die der Gesamtstichprobe.

Im Folgenden werden die klinischen und statistischen Signifikanzen der **Gesamtstichprobe** dargestellt. Die wichtigsten Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz sind in Tabelle 12 für den GSI und den BDI abgebildet. Zur Detailansicht siehe Tabellen A3-A4 im Anhang. Nach Jacobson et al. (1984) ist eine Therapie dann als erfolgreich zu werten, wenn es zu einer klinischen und statistischen Verbesserung kommt. Dieses Kriterium wurde bewusst als konservatives Maß für die vorliegende Arbeit herangezogen. In Bezug auf die GSI-Ergebnisse lässt sich sagen, dass sich dieses Kriterium bei 196 Patienten (38,2%) erfüllte. Lediglich 33 von 513 Patienten (6,4%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch im Therapieverlauf. Im BDI zeigte sich bei 161 Patienten (32,2%) eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung, 17 von 500 Patienten (3,4%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch.

Tabelle 12: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Gesamtstichprobe im GSI und BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert
GSI	513	196 (38,2%)	33 (6,4%)
BDI	500	161 (32,2%)	17 (3,4%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Es ist jedoch zu beachten, dass in diese Stichprobe auch klinisch gesunde Patienten aufgenommen wurden, bei denen es zu keiner klinischen Verbesserung kommen konnte. Daher sind im Folgenden in Tabelle 13 die klinischen und statistischen Signifikanzen von **Patienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Im GSI wurde ein Therapieerfolg, also eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung, bei 197 der 298 Patienten (66,1%) gemessen. Diese Rate entspricht 2/3 der Stichprobe und ist als hoch zu bewerten. 13 Patienten (4,4%) verschlechterten sich statistisch. Klinische Verschlechterungen sind bei Patienten mit pathologischem Ausgangswert nicht möglich. Im BDI konnte ein Therapieerfolg sogar bei 179 Patienten (71,3%) erzielt

werden. Es verschlechterte sich lediglich ein Patient (0,4%) statistisch. Die vollständigen Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz befinden sich im Anhang in den Tabellen A5-A6.

Tabelle 13: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI und BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Statistische Verschlechterung
GSI	298	197 (66,1%)	13 (4,4%)
BDI	248	179 (71,3%)	1 (0,4%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.1.2 Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

In Abbildung 7 sind die z-Wert Profile der **Gesamtstichprobe** unter der Bedingung Post-FU dargestellt. Alle Werte der Post-Messung lagen weniger als eine halbe Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe entfernt, der z-Wert im PSDI lag sogar leicht unterhalb der Norm. In diesem Zusammenhang ist nochmals zu beachten, dass lediglich Post-Werte von Patienten, die auch eine FU-Messung absolvierten, mit in die Berechnungen einbezogen wurden. Auch die Werte der FU-Messung wichen nicht stark von den Normwerten der gesunden Population ab. Zu beiden Messzeitpunkten war die Symptombelastung laut SCL-90 und BDI daher mit der einer gesunden Normstichprobe vergleichbar. Für Details der z-Werte siehe Tabelle A7 im Anhang.

In Tabelle 14 sind die Effektstärken und Ergebnisse der t-Tests bei verbundenen Stichproben dargestellt. Zur Bewertung der Effektstärken wurde die statistische Abweichung von Null herangezogen. Lediglich die Effektstärke des PSDI der SCL-90-R wich statistisch negativ von Null ab, das heißt, die Patienten gaben bei der FU-Messung durchschnittlich eine höhere psychische Belastung in Bezug auf die Items, bei denen eine Belastung angegeben wurde, an. Diese Verschlechterung zeigte sich auch im t-Test für verbundene Stichproben, in dem ein statistischer Unterschied zwischen der Post- und der FU-Messung ersichtlich wurde ($p = .002$). In Bezug auf alle anderen Skalen und Gesamtwerte kam es zu keinen statistischen Änderungen, was für die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs spricht.

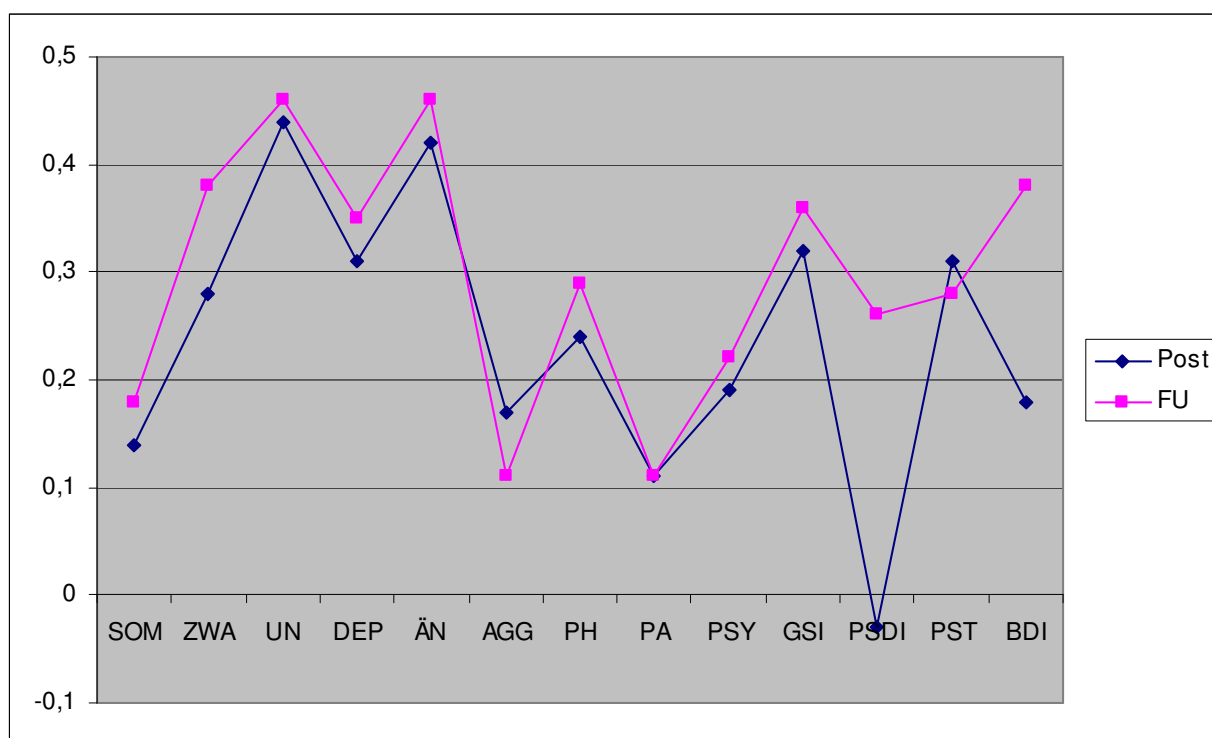


Abbildung 7: Z-Wert Profil der Gesamtstichprobe in der SCL-90-R und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 14: Effektstärken und Signifikanztests der Gesamtstichprobe unter der Bedingung Post-FU

Skalen	n	Post M (SD)	FU M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	kor. ES
SCL SOM	175	6,43 (6,36)	6,64 (7,02)	5,55	-0,57	.568	-0,04	-0,04
SCL ZWA	175	5,80 (5,70)	6,29 (6,47)	5,13	-0,25	.212	-0,10	-0,10
SCL UN	175	5,63 (6,39)	5,74 (6,25)	5,65	-0,26	.749	-0,02	-0,02
SCL DEP	175	7,79 (8,15)	8,06 (9,08)	7,50	-0,48	.631	-0,04	-0,04
SCL ÄN	175	5,29 (6,02)	5,45 (6,55)	5,57	-0,42	.671	-0,03	-0,03
SCL AGG	175	2,58 (3,18)	2,40 (3,18)	3,23	0,72	.473	0,06	0,06
SCL PH	175	2,17 (3,78)	2,32 (3,74)	3,47	-0,57	.568	-0,04	-0,04
SCL PA	175	3,06 (4,03)	3,06 (4,05)	3,34	0,02	.986	0,00	0,00
SCL PSY	175	2,85 (4,39)	3,00 (4,97)	3,71	-0,47	.639	-0,04	-0,04
SCL GSI	175	0,50 (0,49)	0,52 (0,54)	0,42	-0,56	.575	-0,04	-0,04

Fortsetzung Tabelle 14

Skalen	n	Post M (SD)	FU M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
SCL PSDI	90	1,30 (0,44)	1,43 (0,49)	0,40	-3,17	.002*	-0,33**	-0,33**
SCL PST	90	29,45 (20,46)	28,92 (21,37)	16,22	0,35	.746	0,03	0,03
BDI	169	7,36 (7,40)	8,44 (9,04)	7,34	-1,92	.057	-0,15	-0,15

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Tabelle 15 und Abbildung 8 sind die Werte der **Patienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Das z-Wert Profil zeigt, dass erneut die Werte auf der SCL-90 Skala Soziale Unsicherheit und im BDI leicht erhöht waren: die Werte dieser SCL-90 Skala lagen zu beiden Messzeitpunkten, der Werte im BDI zum FU-Messzeitpunkt mehr als eine Standardabweichung vom Mittelpunkt der Norm entfernt. Alle übrigen Werte sind als zur Normpopulation zugehörig zu bewerten und belegen daher die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs. Für Details vergleiche Tabelle A8 im Anhang.

Wie Tabelle 15 zeigt, wick lediglich die Effektstärke des PSDI erneut signifikant nach unten von Null ab (vgl. Gesamtstichprobe). In Bezug auf die anderen Skalen und Gesamtwerte lässt sich feststellen, dass auch für die Subgruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert die Aufrechterhaltung der Therapieerfolge belegt werden konnte.

Tabelle 15: Effektstärken und Signifikanztests der Patienten mit pathologischen Prä-Wert unter der Bedingung Post-FU

Skalen	n	Post M (SD)	FU M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
SCL SOM	61	9,75 (8,29)	10,33 (9,40)	7,36	-0,617	.542	-0,08	-0,08
SCL ZWA	102	7,75 (6,44)	8,31 (7,31)	6,25	-0,91	.365	-0,09	-0,09
SCL UN	88	8,51 (7,47)	8,25 (7,15)	7,39	0,34	.737	0,04	0,03
SCL DEP	98	10,67 (8,83)	11,42 (10,48)	9,12	-0,817	.416	-0,08	-0,08
SCL ÄN	102	6,92 (6,85)	7,21 (7,58)	6,50	-0,45	.651	-0,04	-0,04
SCL AGG	71	3,90 (3,84)	3,49 (3,84)	4,37	0,80	.428	0,09	0,09

Fortsetzung Tabelle 15

Skalen	n	Post M (SD)	FU M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
SCL PH	78	3,76 (4,79)	3,72 (4,34)	4,53	0,07	.946	0,01	0,01
SCL PA	66	5,16 (4,72)	5,66 (4,98)	4,05	-0,99	.325	-0,12	-0,12
SCL PSY	75	4,76 (5,56)	4,80 (6,75)	4,84	-0,08	.936	-0,01	-0,01
SCL GSI	103	0,67 (0,57)	0,68 (0,62)	0,52	-0,22	.830	-0,02	-0,02
SCL PSDI	38	1,39 (0,51)	1,55 (0,62)	0,42	-2,38	.022*	-0,39**	-0,38**
SCL PST	39	40,08 (20,55)	37,41 (22,16)	18,06	0,92	.362	0,14	0,14
BDI	80	10,59 (8,45)	12,33 (10,77)	9,37	-1,67	.200	-0,19	-0,18

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

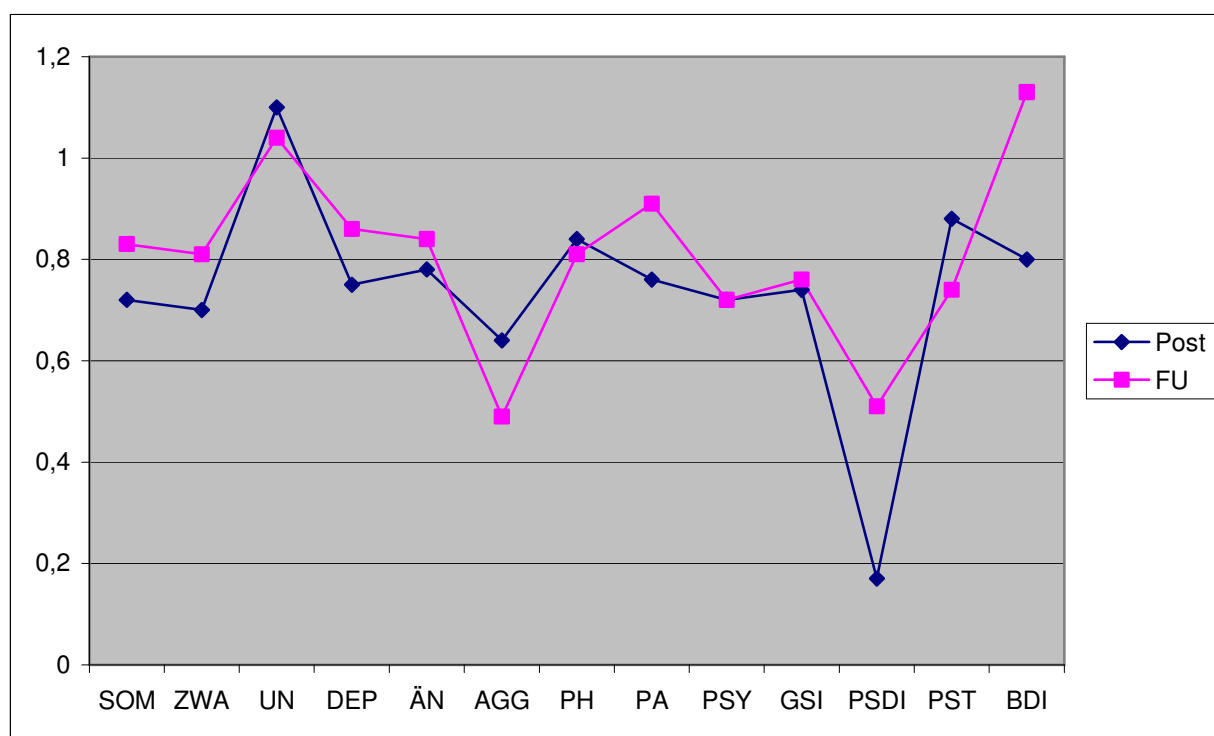


Abbildung 8: Z-Wert Profil der Patienten mit pathologischem Ausgangswert in der SCL-90-R und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Eine Übersicht der erzielten Effektstärken der Gesamtgruppe und der Patienten mit pathologischem Prä-Wert ist in Abbildung 9 dargestellt. Es zeigte sich auf einigen Skalen und Gesamtwerten ein starker Zusammenhang zwischen den beiden Effektstärken (z.B. PSDI), auf anderen jedoch eher leichte gegenteilige Effekte (z.B. SCL-90 Skala PH), so dass nicht von einem einheitlichen Bild zu sprechen ist.

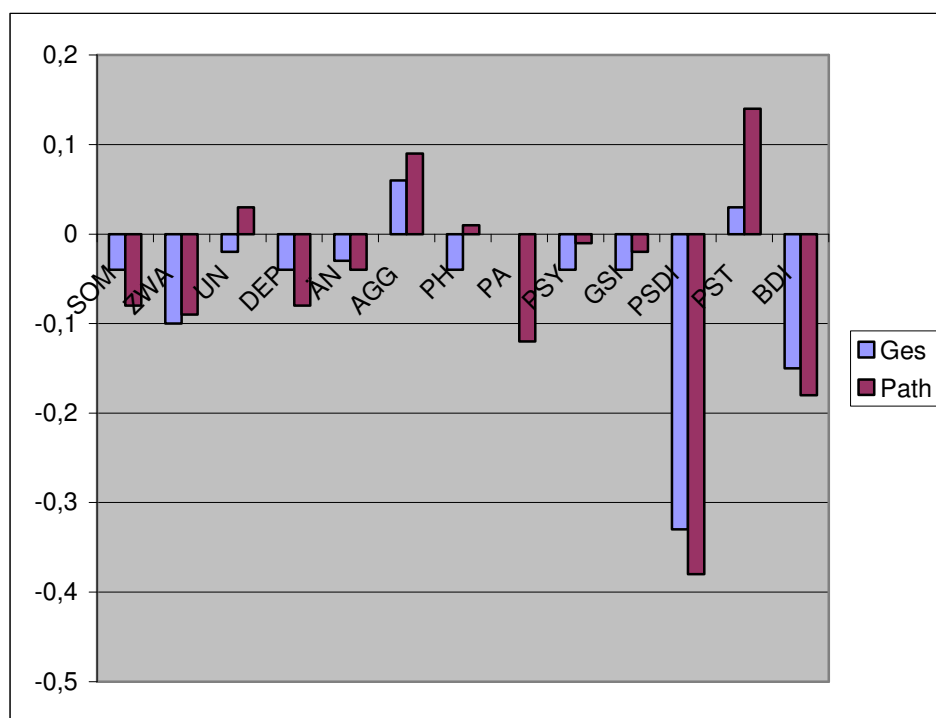


Abbildung 9: Darstellung der Effektstärken der Gesamtstichprobe (Ges) und der Patienten mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Einige wichtige Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der **Gesamtstichprobe** sind in Tabelle 16 abgebildet. Es ist zu beachten, dass es aufgrund der Zuordnung „klinisch und/oder statistisch verschlechtert“ zu Überschneidungen mit der Kategorie „klinisch unverändert gut“ kommen kann, da dort statistische Verschlechterungen innerhalb des gesunden Bereichs nicht ausgeschlossen sind. Zur Detailansicht siehe Tabellen A9-A10 im Anhang. Die GSI-Ergebnisse zeigen, dass sich 12 von 175 Patienten (6,9%) nach Therapieende sogar noch klinisch und statistisch verbesserten. Klinisch und/oder statistisch verschlechterten sich 32 Patienten (18,3%). Sowohl zu Therapieende als auch zur FU-Messung gesund zeigten sich 134 Patienten (76,6%). Im BDI verbesserten sich 4 der 169 Patienten (2,4%) nach Therapieende. Eine klinische und/oder statistische Verschlechterung zeigte sich bei 23 (13,6%) der Patienten,

weiterhin gesund waren 147 Patienten (87,0%). Aus diesen Daten lässt sich schlussfolgern, dass ein hoher Anteil der Patienten die erzielten Ergebnisse auch nach Therapieende beibehalten konnte.

Tabelle 16: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Gesamtstichprobe im GSI und BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	175	12 (6,9%)	32 (18,3%)	134 (76,6%)
BDI	169	4 (2,4%)	23 (13,6%)	147 (87,0%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Tabelle 17 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen von **Patienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Zur Detailansicht siehe Tabellen A11-A12 im Anhang. Im GSI zeigte sich bei 10 von 103 Patienten (9,7%) nach Therapieende eine klinische und statistische Verbesserung. Klinisch und/oder statistisch verschlechterten sich 22 Patienten (21,4%). Weiterhin gesund waren 65 Patienten (63,1%). Im BDI verbesserten sich 3 der 80 Patienten (3,8%) nach Therapieende. 15 Patienten (18,8%) zeigten eine klinische und/oder statistische Verschlechterung. 61 Patienten (76,3%) waren auch nach Therapieende weiterhin gesund. Insgesamt lässt sich aus diesen Daten ablesen, dass ein pathologischer Prä-Wert zu einem etwas höheren Anteil an Verschlechterungen nach Therapieende führte (GSI: 21,4% vs. 18,3%; BDI 18,8% vs. 13,6%), aber auch die Raten an Verbesserungen leicht höher ausfielen (GSI: 9,7% vs. 6,9%; BDI 3,8% vs. 2,4%).

Tabelle 17: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Patienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI und BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	103	10 (9,7%)	22 (21,4%)	65 (63,1%)
BDI	80	3 (3,8%)	15 (18,8%)	61 (76,3%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.1.3 Intention-to-treat Analyse

In Tabelle 18 sind die Ergebnisse der Gesamtstichprobe in der Intention-to-treat Analyse dargestellt. Es gingen beim GSI 513 und beim BDI 500 Patienten mit in die Analyse ein, die ihre Therapie regulär beendeten. Darüber hinaus gab es 196 Abbrecher, von denen GSI-Ergebnisse vorlagen und von 192 Abbrechern konnten die BDI-Ergebnisse mit in die Berechnungen eingehen. Die Effektstärken der **Gesamtstichprobe** im GSI und BDI sind als mittelhoch zu bewerten, der statistische Unterschied zwischen der Prä- und Post-Messung wurde hoch signifikant.

Tabelle 18: Intention-to-treat Analyse der Gesamtstichprobe im GSI und BDI unter der Bedingung Prä-Post

Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t- Wert	p-Wert	ES	korr. ES
GSI	Gesamtstichprobe: 709 Completer: 513 Abbrecher: 196	1,13 (0,64)	0,74 (0,63)	0,54	18,71	.000**	0,70**	0,70**
BDI	Gesamtstichprobe: 692 Completer: 500 Abbrecher: 192	18,08 (9,96)	11,51 (10,15)	9,14	18,91	.000**	0,72**	0,72**

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Tabelle 19 sind die Ergebnisse der **Patienten mit pathologischem Ausgangswert** dargestellt. Es lagen von 298 Completern und 125 Abbrechern mit pathologischem Ausgangswert GSI-Ergebnisse vor, beim BDI waren es 251 bzw. 88 Patienten. Der statistische Unterschied zwischen den Messzeitpunkten wurde signifikant und die ermittelten Effektstärken sind als hoch zu bewerten. In Abbildung 10 sind die Effektstärken der Intention-to-treat Analyse denen der Completer-Analysen gegenübergestellt. Es wird ersichtlich, dass die Effektstärken der Completer-Stichprobe wie erwartet deutlich höher als die der Intention-to-treat-Stichprobe ausfielen, sofern man jeweils die Gesamtgruppen bzw. die Untergruppen der Patienten mit pathologischem Ausgangswert vergleicht. Die Effektstärken der Intention-to-treat Analyse, die lediglich die Patienten mit pathologischem Ausgangswert betrachtete, waren ungefähr gleich hoch bzw. höher im Vergleich mit der Gesamtstichprobe der Completer.

Tabelle 19: Intention-to-treat Analyse der Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI und BDI unter der Bedingung Prä-Post

Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t- Wert	p-Wert	ES	korr. ES
GSI	Gesamtstichprobe: 423 Completer: 298 Abbrecher: 125	1,53 (0,50)	0,99 (0,67)	0,61	18,54	.000**	0,90**	0,90**
BDI	Gesamtstichprobe: 339 Completer: 251 Abbrecher: 88	26,31 (6,78)	16,13 (11,33)	10,39	18,05	.000**	0,98**	0,98**

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

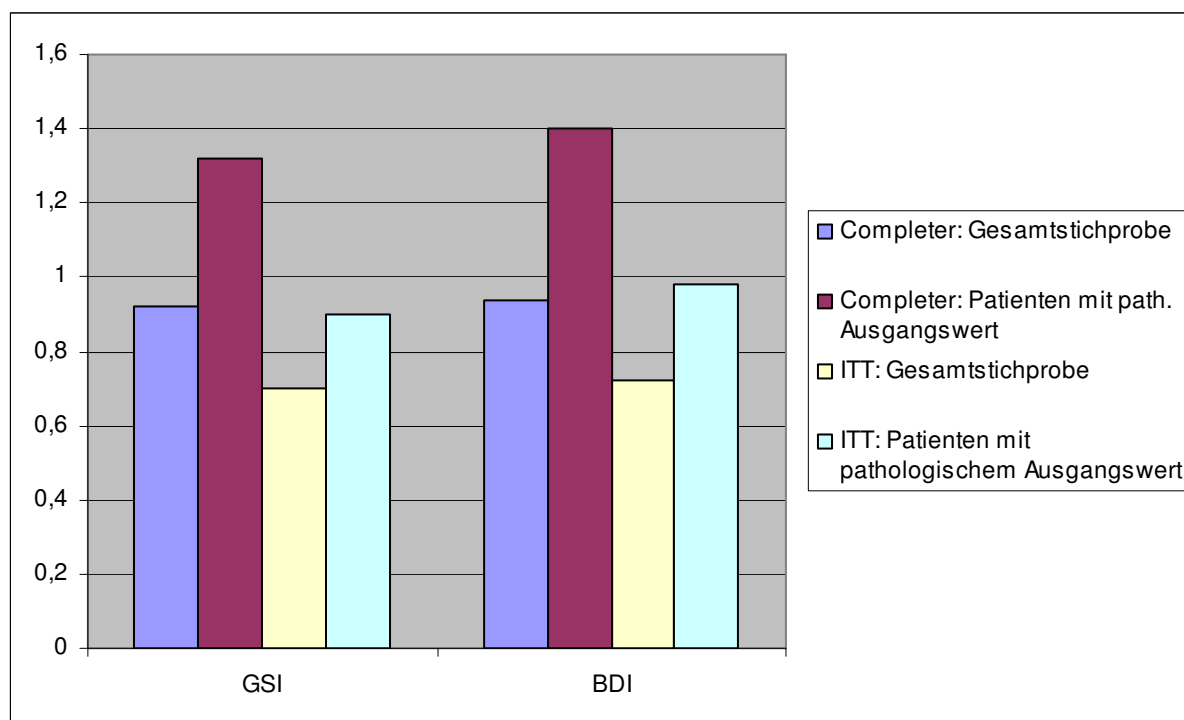


Abbildung 10: Darstellung der Effektstärken der Completer- und Intention-to-treat Analysen, jeweils für die Gesamtstichprobe und die Patienten mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2 Hypothese 2: Störungsspezifische Ergebnisqualität

Im Rahmen dieser Hypothese wird angenommen, dass die Therapien der Diagnosegruppen Depression, Angst, Zwang und Soziale Phobie ebenfalls klinisch brauchbar sind, d.h., dass sowohl hohe Effektstärken als auch befriedigende klinische und statistische Signifikanzen erreicht wurden. Die Vorstellung der Ergebnisse findet nach Diagnosegruppen getrennt und ansonsten analog zu Hypothese 1 statt.

7.2.1 Depression

7.2.1.1 Therapieerfolg

Es gingen die Daten von insgesamt 205 depressiven Patienten ein, die die Diagnose Depression (F31 bzw. F33 der ICD-10) als Diagnose erhielten, wobei komorbide Patienten nicht ausgeschlossen wurden. In Abbildung 11 sind die z-Wert Profile der **Gesamtstichprobe der depressiven Patienten** dargestellt. Es wird ersichtlich, dass die Prä-Werte dieser Patientengruppe deutlich erhöht waren (mehr als zwei Standardabweichungen), die Post-Werte hingegen als deutlich zur Normgruppe zugehörig zu bewerten sind. Zur detaillierten Betrachtung siehe Tabelle B1 im Anhang.

Abbildung 12 gibt das z-Wert Profil der **depressiven Patienten mit pathologischem Ausgangswert** wieder. Es wird ersichtlich, dass die Werte zum Prä-Zeitpunkt sogar drei bis vier Standardabweichungen erhöht waren und zum Post-Zeitpunkt nur noch als sehr leicht erhöht zu bezeichnen sind. Für Details siehe Tabelle B2 im Anhang.

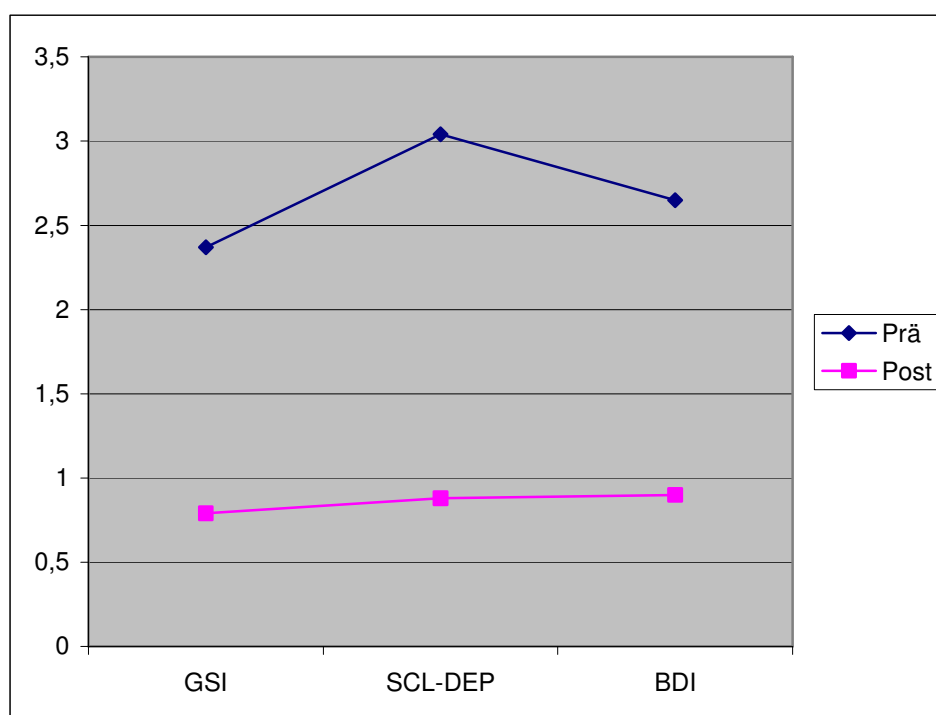


Abbildung 11: Z-Wert Profil der depressiven Patienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

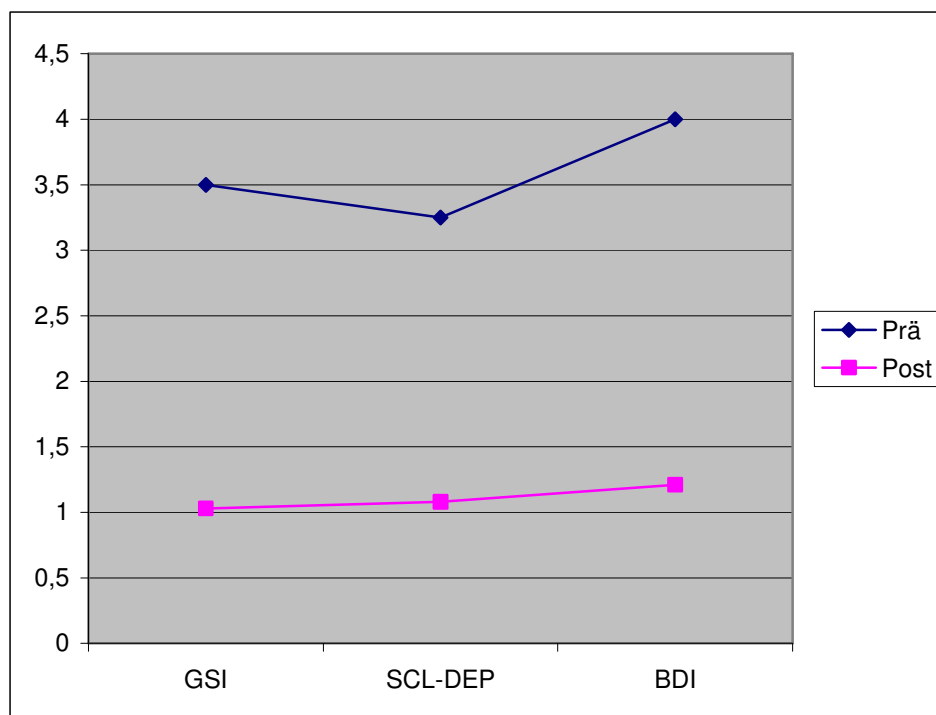


Abbildung 12: Z-Wert Profil der depressiven Patienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Tabelle 20 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ergebnisse der verbundenen t-Tests und Effektstärken für **alle depressiven Patienten und die depressiven Patienten mit pathologischem Ausgangswert** dargestellt. Die statistischen Unterschiede zwischen den Werten der Prä- und Post-Messung zeigten sich hoch signifikant ($p < .001$). Alle ermittelten Effektstärken, insbesondere die der depressiven Patienten mit pathologischem Ausgangswert, sind als hoch zu bezeichnen. Abbildung 13 gibt die Effektstärken dieser Patientengruppe grafisch wieder.

Tabelle 20: Effektstärken und Signifikanztests aller depressiver Patienten und der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Prä-Post

	Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
alle depr. Pat.	SCL GSI	205	1,31 (0,62)	0,69 (0,54)	0,60	14,75	.000**	1,03**	1,03**
	SCL DEP	205	23,28 (10,41)	11,63 (9,54)	11,27	14,79	.000**	1,03**	1,03**
	BDI	200	22,24 (9,58)	11,05 (8,94)	10,38	15,24	.000**	1,08**	1,07**

Fortsetzung Tabelle 20

	Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korр. ES
depr. Pat. mit path. Prä- Wert	SCL GSI	149	1,57 (0,50)	0,78 (0,58)	0,58	16,73	.000**	1,36**	1,35**
	SCL DEP	161	27,27 (7,66)	12,87 (9,75)	10,55	17,32	.000**	1,36**	1,36**
	BDI	136	27,23 (6,84)	12,73 (9,60)	9,90	17,07	.000**	1,46**	1,46**

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

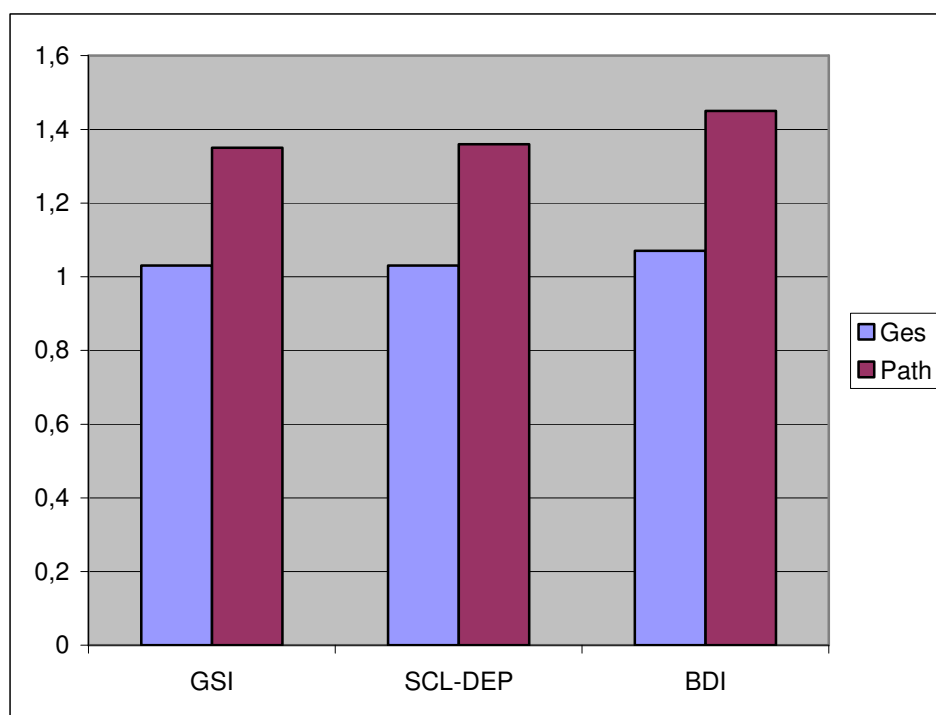


Abbildung 13: Darstellung der Effektstärken aller depressiven Patienten (Ges) und der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Einige wichtige Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der **depressiven Patienten** sind in Tabelle 21 abgebildet. Zur Detailansicht siehe Tabellen B3-B5 im Anhang. In Bezug auf die GSI-Ergebnisse lässt sich feststellen, dass sich bei 92 von 205 Patienten (44,9%) eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung zeigte. 13 Patienten (6,3%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch signifikant im Therapieverlauf. Auf der SCL-90-Skala Depression zeigte sich bei 90 von 205 Patienten (43,9%) eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung. Lediglich 8 Patienten (3,9%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch. Im BDI konnte bei

88 von 200 Patienten (44,0%) eine Verbesserung erzielt werden, 5 Patienten (2,5%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch.

Tabelle 21: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz aller depressiven Patienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert
GSI	205	92 (44,9%)	13 (6,3%)
SCL-DEP	205	90 (43,9%)	8 (3,9%)
BDI	200	88 (44,0%)	5 (2,5%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Tabelle 22 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen von **depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Im GSI wurde ein Therapieerfolg, also eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung, bei 92 der 149 Patienten (61,7%) ersichtlich. 6 Patienten (4,0%) verschlechterten sich statistisch. Auf der SCL-90-Skala Depression zeigte sich bei 95 der 161 Patienten (59,0%) eine Verbesserung, bei 3 Patienten (1,9%) eine Verschlechterung. Im BDI zeigte sich ein Therapieerfolg bei 95 von 136 Patienten (69,9%). Es verschlechterte sich lediglich ein Patient (0,7%) statistisch. Die vollständigen Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz befinden sich im Anhang in den Tabellen B6-B8.

Tabelle 22: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Statistische Verschlechterung
GSI	149	92 (61,7%)	6 (4,0%)
SCL-DEP	161	95 (59,0%)	3 (1,9%)
BDI	136	95 (69,9%)	1 (0,7%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2.1.2 Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

In Abbildung 14 sind die z-Wert Profile der **depressiven Patienten** dargestellt. Sowohl zum Post- als auch zum FU-Zeitpunkt sind die Werte nicht als erhöht zu beurteilen, was für eine Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs spricht. Zur detaillierten Betrachtung siehe Tabelle B9 im Anhang.

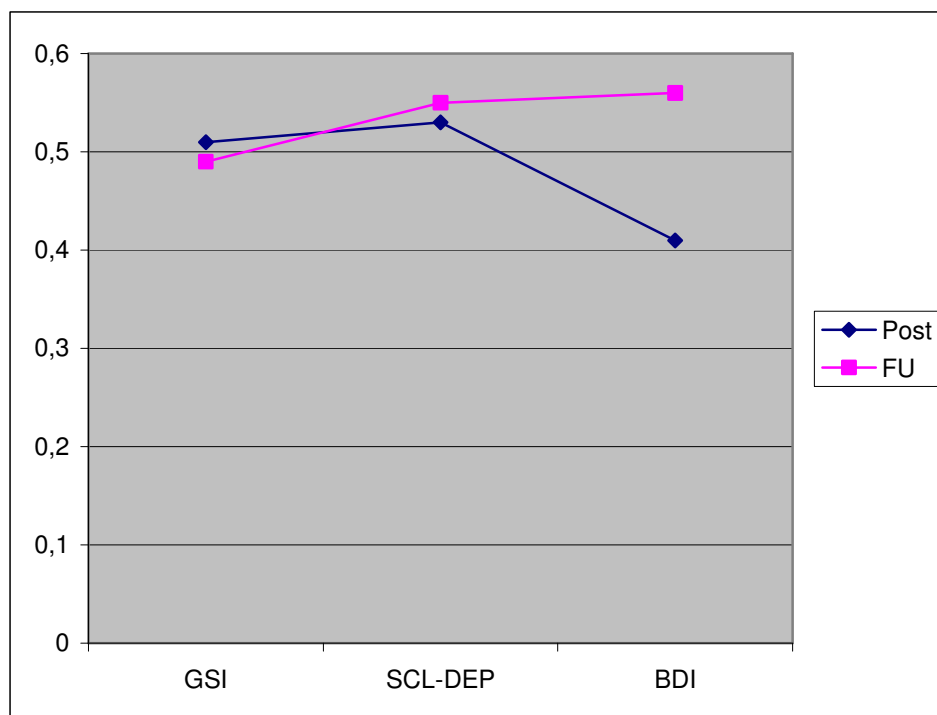


Abbildung 14: Z-Wert Profil der depressiven Patienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Abbildung 15 gibt die z-Werte der depressiven Patienten mit pathologischem Ausgangswert wieder. Die Post-Werte lagen innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe entfernt. Lediglich der Wert auf der SCL-90 Skala Depression zeigte sich zum FU-Zeitpunkt leicht erhöht. Zur Detailansicht siehe Tabelle B10 im Anhang.

In Tabelle 23 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ergebnisse der verbundenen t-Tests und Effektstärken für **alle depressiven Patienten und die depressiven Patienten mit pathologischem Ausgangswert** unter der Bedingung Post-FU dargestellt. Alle ermittelten Effektstärken wichen nicht signifikant von Null ab und

es gab keine statistischen Unterschiede zwischen den Werten der Post- und FU-Messung. Abbildung 16 gibt die Effektstärken dieser Patientengruppe wieder.

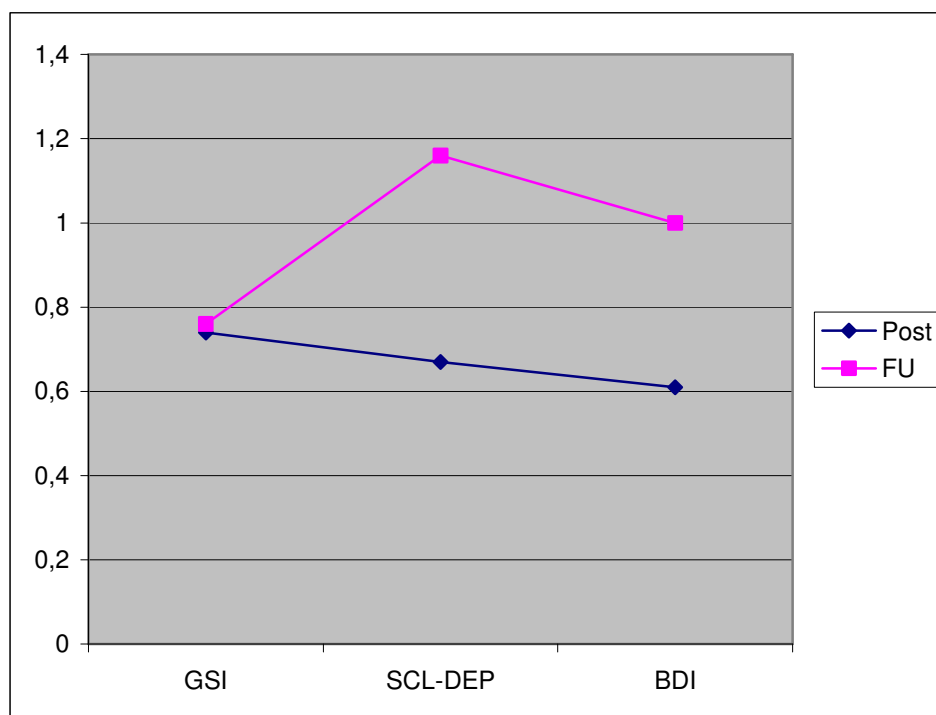


Abbildung 15: Z-Wert Profil der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 23: Effektstärken und Signifikanztests der depressiven Patienten und der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Post-FU

	Skalen	n	Post M (SD)	FU M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
alle depr. Pat.	SCL GSI	68	0,58 (0,48)	0,57 (0,55)	0,47	0,15	.885	0,02	0,02
	SCL DEP	68	9,24 (7,79)	9,41 (9,90)	9,18	-0,16	.875	-0,02	-0,02
	BDI	67	8,60 (6,65)	9,34 (9,48)	8,05	-0,76	.452	-0,09	-0,09
depr. Pat. mit path. Prä- Wert	SCL GSI	51	0,67 (0,52)	0,68 (0,59)	0,53	-0,13	.899	-0,02	-0,02
	SCL DEP	53	10,17 (8,03)	11,30 (10,36)	9,60	-0,86	.396	-0,12	-0,12
	BDI	43	9,83 (6,96)	11,65 (10,69)	9,40	-1,27	.212	-0,19	-0,19

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

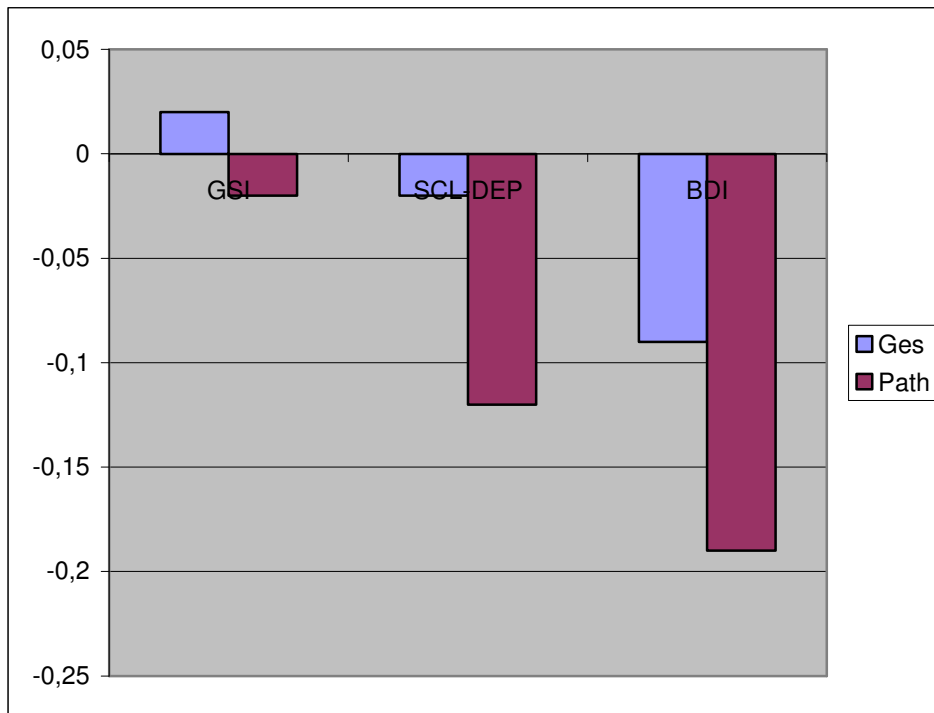


Abbildung 16: Darstellung der Effektstärken aller depressiven Patienten (Ges) und der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Einige wichtige Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz **aller depressiver Patienten** sind in Tabelle 24 abgebildet. Zur Detailansicht siehe Tabellen B11-B13 im Anhang. Im GSI zeigte sich, dass sich 5 von 68 Patienten (7,4%) nach Therapieende sogar noch klinisch und statistisch verbesserten. Klinisch und/oder statistisch verschlechterten sich 10 Patienten (14,7%). Weiterhin gesund waren 50 Patienten (73,5%). Auf der SCL-90-Skala Depression zeigte sich bei 7 Patienten (10,3%) eine Verbesserung nach Therapieende, 11 Patienten (16,2%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch und bei 43 Patienten (63,2%) kam es zu keiner Veränderung des gesunden Zustandes. Im BDI verbesserte sich 1 Patient (1,5%) von 67 nach Therapieende. Eine klinische und/oder statistische Verschlechterung zeigte sich bei 12 (17,9%) der Patienten, 57 Patienten (85,1%) konnten ihren gesunden Zustand auch nach Therapieende beibehalten.

Tabelle 24: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz aller depressiven Patienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	68	5 (7,4%)	10 (14,7%)	50 (73,5%)
SCL-DEP	68	7 (10,3%)	11 (16,2%)	43 (63,2%)
BDI	67	1 (1,5%)	12 (17,9%)	57 (85,1%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Tabelle 25 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen von **depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Zur Detailansicht siehe Tabellen B14-B16 im Anhang. Im GSI zeigte sich bei 5 von 51 Patienten (9,8%) nach Therapieende eine klinische und statistische Verbesserung. Klinisch und/oder statistisch verschlechterten sich 10 Patienten (19,6%). Weiterhin gesund waren 33 Patienten (64,7%). Auf der SCL-90-Skala Depression verbesserten sich 4 der 53 Patienten (7,5%) klinisch und statistisch nach Therapieende. 11 Patienten (20,6%) zeigten eine klinische und/oder statistische Verschlechterung. 31 Patienten (58,5%) blieben nach Therapieende gesund. Im BDI zeigte sich bei einem Patient von 43 (2,3%) eine Verbesserung nach Therapieende, bei 11 Patienten (26,6%) kam es zu einer klinischen und/oder statistischen Verschlechterung und 33 Patienten (76,7%) konnten ihren gesunden Zustand aufrecht erhalten.

Tabelle 25: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	51	5 (9,8%)	10 (19,6%)	33 (64,7%)
SCL-DEP	53	4 (7,5%)	11 (20,6%)	31 (58,5%)
BDI	43	1 (2,3%)	11 (26,6%)	33 (76,7%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2.2 Panik/ Agoraphobie

7.2.2.1 Therapieerfolg

Insgesamt wurden 152 Patienten, die eine Diagnose aus dem Bereich Panik/Agoraphobie (F40.0 oder 41.0) erfüllten, mit in die Analyse eingeschlossen. Die z-Wert Profile **aller Angstpatienten** sind in Abbildung 17 dargestellt. Zur detaillierten Betrachtung siehe Tabelle B17 im Anhang. Es lässt sich ablesen, dass die Prä-Werte aller Skalen und Gesamtwerte mehr als zwei Standardabweichungen über der Norm lagen, wo hingegen die Post-Werte als zur Normpopulation zugehörig anzusehen sind.

Abbildung 18 gibt das z-Wert Profil der **Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert** wieder. Die Prä-Werte zeigten sich stark erhöht (zwei bis mehr als vier Standardabweichungen). Zum Post-Zeitpunkt lagen lediglich die Werte auf der SCL-90 Skala Phobische Angst und im BDI mehr als eine Standardabweichung vom Mittelwert entfernt. Für Details siehe B18 im Anhang.

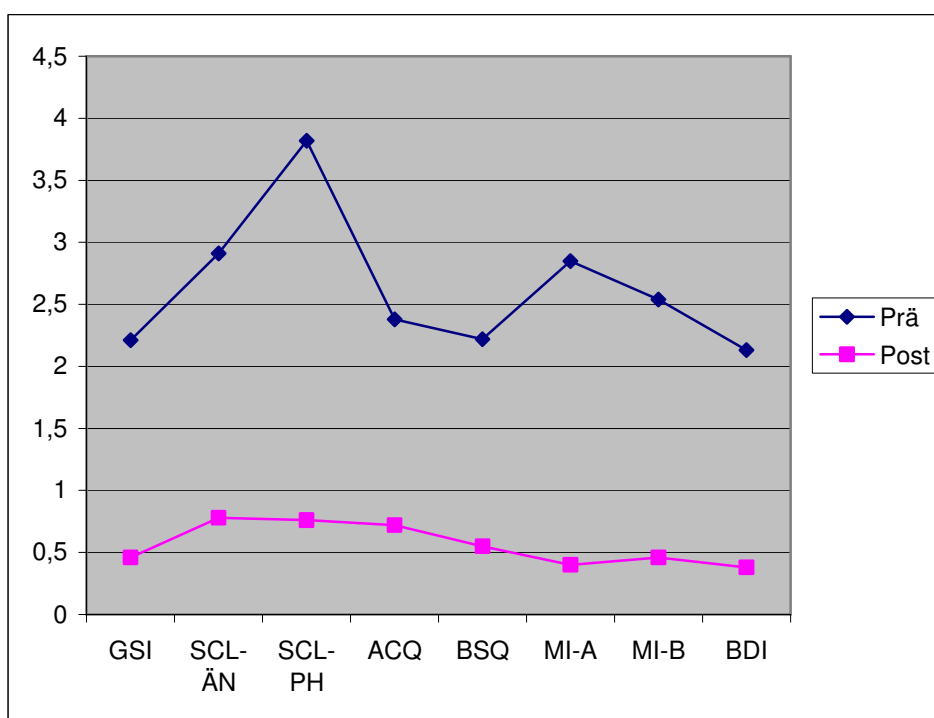


Abbildung 17: Z-Wert Profil der Angstpatienten im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, in den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

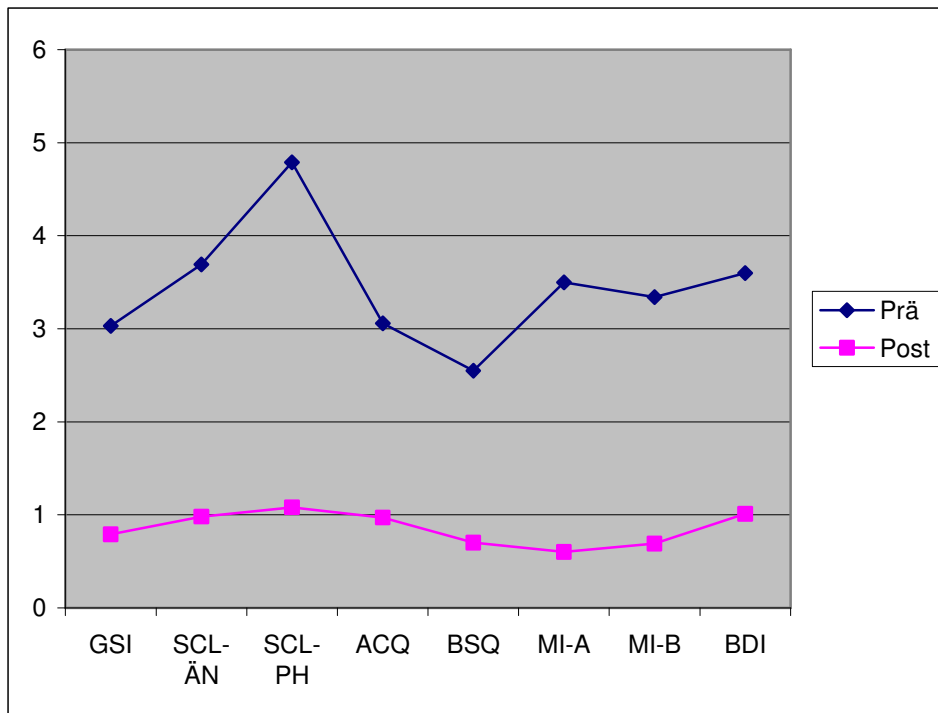


Abbildung 18: Z-Wert Profil der Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, in den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ergebnisse der verbundenen t-Tests und Effektstärken für **alle Angstpatienten und die Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert** sind in Tabelle 26 dargestellt. Die statistischen Unterschiede zwischen den Werten der Prä- und Post-Messung zeigten sich auch bei dieser Diagnosegruppe hoch signifikant ($p < .001$). Alle ermittelten Effektstärken, mit Ausnahme der aller Angstpatienten im ACQ, die nur 0,70 betrug und daher als mittelhoch zu bezeichnen ist, fielen hoch aus (vgl. Abbildung 19). Insbesondere die Effektstärken im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, im MI-A und im BDI sind aufgrund ihrer Höhe hervorzuheben.

Tabelle 26: Effektstärken und Signifikanztests aller Angstpatienten und der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Prä-Post

	Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
alle Angst- Pat.	SCL GSI	150	1,24 (0,65)	0,56 (0,53)	0,54	15,38	.000**	1,26**	1,25**
	SCL ÄN	150	16,51 (9,00)	6,93 (6,97)	6,97	13,66	.000**	1,37**	1,37**
	SCL PH	150	11,67 (7,55)	3,54 (5,10)	6,65	14,98	.000**	1,22**	1,22**
	ACQ	115	2,08 (0,59)	1,55 (0,57)	0,74	7,61	.000**	0,71**	0,70**
	BSQ	97	2,78 (0,63)	1,93 (0,77)	0,78	10,71	.000**	1,09**	1,08**
	MI-A	108	2,82 (0,97)	1,64 (0,70)	0,84	14,75	.000**	1,42**	1,41**
	MI-B	108	2,11 (0,81)	1,38 (0,69)	0,79	9,52	.000**	0,92**	0,91**
	BDI	148	17,51 (9,45)	8,45 (8,07)	8,61	12,81	.000**	1,05**	1,05**
Angst- Pat. mit path. Prä- Wert	SCL GSI	102	1,56 (0,53)	0,69 (0,54)	0,51	17,27	.000**	1,70**	1,70**
	SCL ÄN	119	19,58 (7,41)	7,77 (6,96)	7,84	16,45	.000**	1,51**	1,50**
	SCL PH	117	14,31 (6,38)	4,41 (5,46)	6,46	16,59	.000**	1,53**	1,52**
	ACQ	87	2,30 (0,49)	1,63 (0,62)	0,78	8,10	.000**	0,87**	0,86**
	BSQ	82	2,95 (0,50)	2,01 (0,79)	0,76	11,20	.000**	1,24**	1,23**
	MI-A	87	3,13 (0,79)	1,74 (0,74)	0,79	16,50	.000**	1,76**	1,74**
	MI-B	82	2,39 (0,73)	1,46 (0,77)	0,81	10,40	.000**	1,15**	1,14**
	BDI	72	25,16 (6,53)	11,72 (8,56)	8,47	13,47	.000**	1,59**	1,57**

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

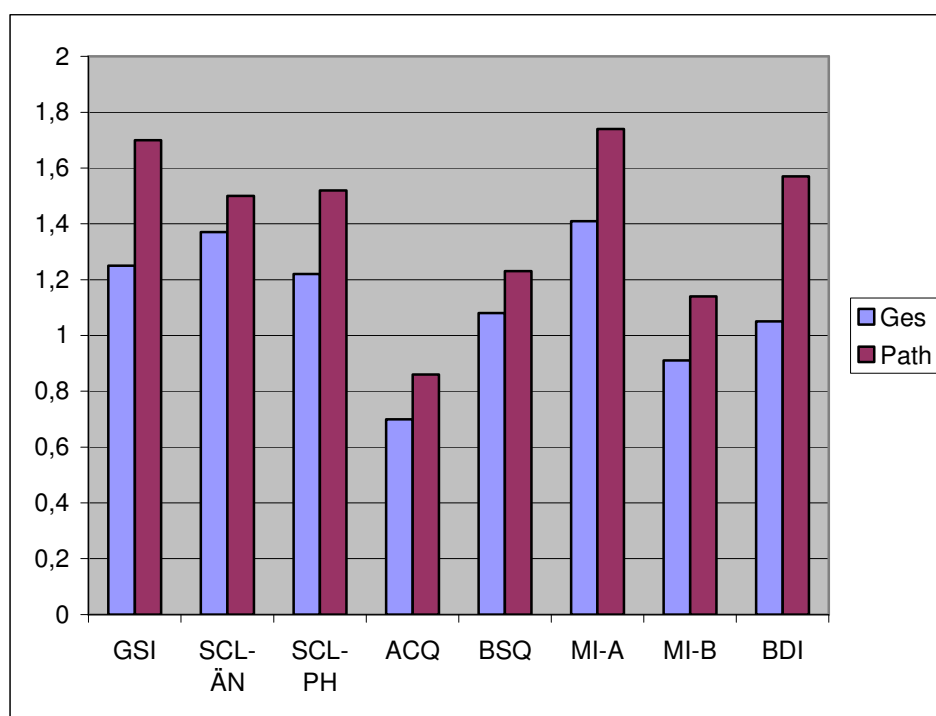


Abbildung 19: Darstellung der Effektstärken aller Angstpatienten (Ges) und der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Aufgrund der hohen Anzahl an untersuchten Skalen und Gesamtwerten werden die Ergebnisse zur klinischen und statistischen Signifikanz **aller Angstpatienten** komprimiert dargestellt (siehe Tabelle 27). Zur Detailansicht siehe die Tabellen B19-B26 im Anhang. Insbesondere im GSI, BSQ und MI-A zeigte sich ein hohes Ausmaß an klinischer und statistischer Verbesserung (GSI: 48,0%; BSQ: 48,5%; MI-A: 49,1%). Nur ungefähr ein Viertel der Patienten zeigte hingegen Verbesserungen auf der SCL-90 Skala Phobische Angst (27,3%) und im ACQ (24,3%). Der Anteil an klinischer und statistischer Verschlechterung zeigte sich bei den Angstpatienten gering: der maximale Anteil an Verschlechterung lag bei lediglich 5,2 % (5 Patienten im BSQ).

In Tabelle 28 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen der **Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Erneut sind insbesondere die hohen Raten an Verbesserungen im GSI (71,6%), BSQ (62,2%) und im MI-A (64,8%) zu erwähnen, darüber hinaus zeigte sich auch im BDI bei 75,8% der Patienten eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung. Der maximale Prozentsatz an statistischen Verschlechterungen lag bei 3,7% (3 Patienten verschlechterten sich statistisch im BSQ). Zur Detailansicht siehe Tabellen B27-B34 im Anhang.

Tabelle 27: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz aller Angstpatienten im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, in den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert
GSI	150	72 (48,0%)	4 (2,7%)
SCL-ÄN	150	58 (38,7%)	4 (2,7%)
SCL-PH	150	41 (27,3%)	1 (0,7%)
ACQ	115	28 (24,3%)	3 (2,6%)
BSQ	97	47 (48,5%)	5 (5,2%)
MI-A	108	53 (49,1%)	0 (0,0%)
MI-B	108	43 (39,8%)	3 (2,8%)
BDI	148	45 (30,4%)	3 (2,0%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 28: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, in den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Statistische Verschlechterung
GSI	102	73 (71,6%)	2 (2,0%)
SCL-ÄN	119	65 (54,6%)	1 (0,8%)
SCL-PH	117	47 (40,2%)	1 (0,9%)
ACQ	87	36 (41,4%)	2 (2,3%)
BSQ	82	51 (62,2%)	3 (3,7%)
MI-A	88	57 (64,8%)	0 (0,0%)
MI-B	82	46 (56,1%)	2 (2,4%)
BDI	66	50 (75,8%)	0 (0,0%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2.2.2 Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

In der Abbildung 20 sind die z-Wert Profile **aller Angstpatienten** unter der Bedingung Post-FU dargestellt. Zur detaillierten Betrachtung siehe Tabelle B32 im Anhang. Sowohl die Post- als auch die FU-Werte lagen innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert der Normgruppe entfernt und sind daher als nicht erhöht zu bezeichnen. Für Details siehe Tabelle B35 im Anhang.

Die z-Werte Profile der **Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert** sind in Abbildung 21 dargestellt. Alle Werte lagen bei beiden Messzeitpunkten im Normbereich. Zur Detailansicht siehe Tabelle B36 im Anhang.

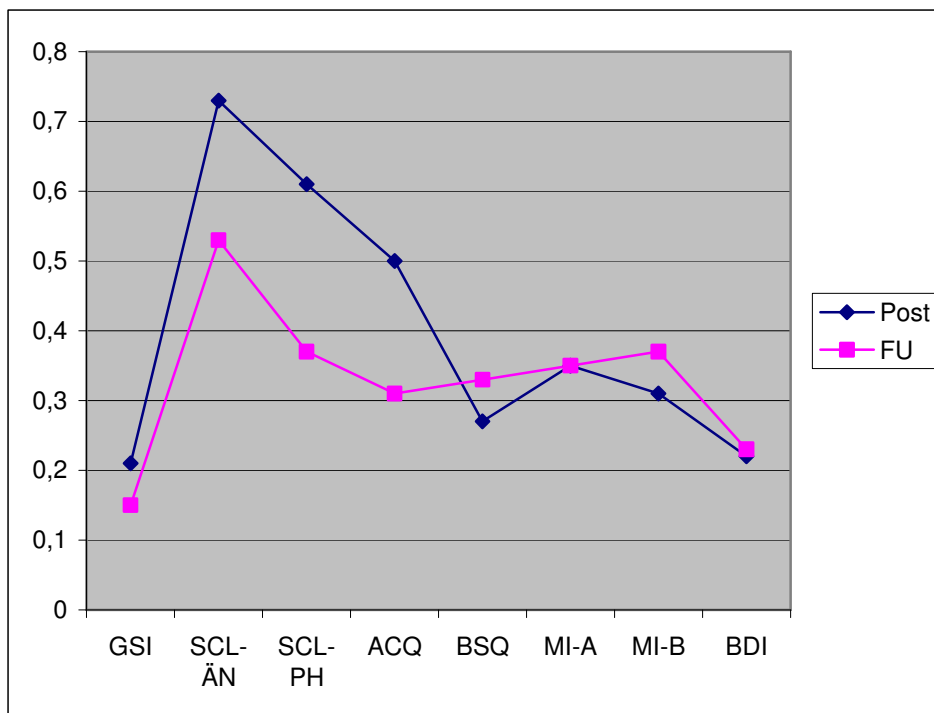


Abbildung 20: Z-Wert Profil der Angstpatienten im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, in den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

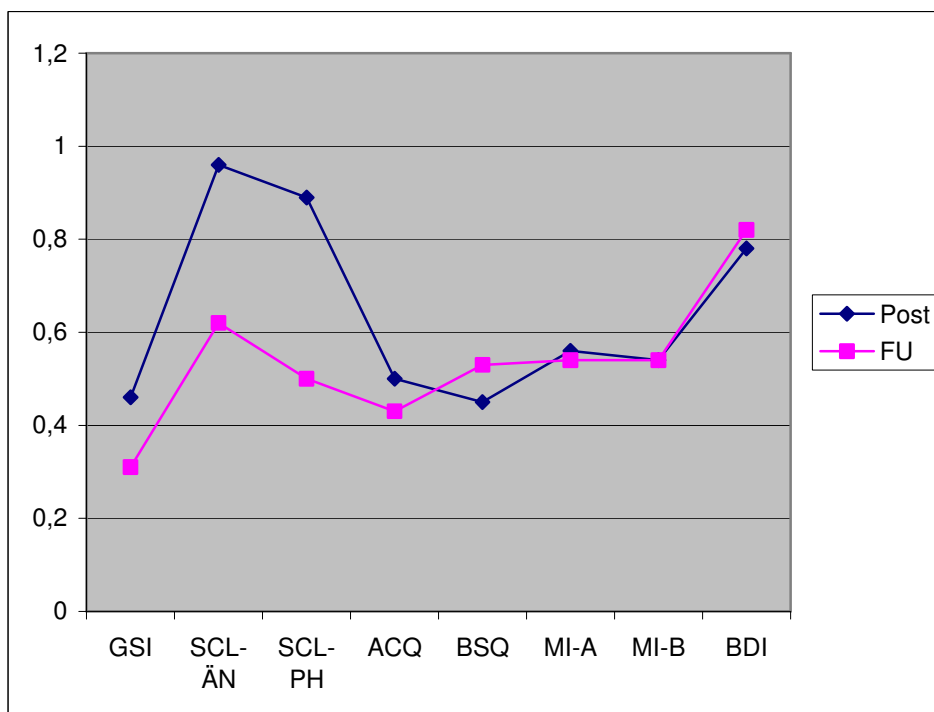


Abbildung 21: Z-Wert Profil der Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, in den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Tabelle 29 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ergebnisse der verbundenen t-Tests und Effektstärken **aller Angstpatienten und der Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert** unter der Bedingung Post-FU dargestellt. Es zeigten sich keine statistischen Unterschiede zwischen den Mittelwerten der Post- und FU-Messung und fast alle Skalen und Gesamtwerte zeigten eine Effektstärke von ungefähr Null. Die Effektstärken im ACQ (alle Angstpatienten) und im GSI (Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert) wichen jedoch signifikant von Null ab, was in diesem Zusammenhang eine Verbesserung nach Therapieende bedeutet.

Tabelle 29: Effektstärken und Signifikanztests aller Angstpatienten und der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Post-FU

	Skalen	n	Post M (SD)	FU M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
alle Angst- Pat.	SCL GSI	54	0,46 (0,44)	0,44 (0,37)	0,32	0,33	.741	0,05	0,04
	SCL ÄN	54	6,72 (7,21)	5,78 (5,77)	6,11	1,14	.260	0,15	0,15
	SCL PH	54	3,17 (4,66)	2,49 (3,21)	3,99	1,21	.220	0,17	0,17
	ACQ	43	1,48 (0,47)	1,42 (0,41)	0,37	1,08	.286	0,16**	0,16**
	BSQ	43	1,79 (0,58)	1,82 (0,57)	0,48	-0,40	.691	-0,06	-0,06
	MI-A	39	1,62 (0,66)	1,62 (0,82)	0,60	-0,75	.941	-0,01	-0,01
	MI-B	39	1,33 (0,58)	1,35 (0,58)	0,43	-0,28	.783	-0,04	-0,04
	BDI	52	7,57 (6,62)	7,67 (6,44)	5,57	-0,14	.892	-0,02	-0,02
Angst- Pat. mit path. Prä- Wert	SCL GSI	38	0,56 (0,48)	0,50 (0,41)	0,34	0,96	.345	0,16**	0,16**
	SCL ÄN	43	7,65 (7,67)	6,18 (5,98)	6,14	1,57	.125	0,24	0,23
	SCL PH	42	3,93 (5,01)	2,89 (3,27)	4,21	1,59	.119	0,25	0,24
	ACQ	30	1,48 (0,32)	1,46 (0,44)	0,38	0,23	.820	0,04	0,04
	BSQ	30	1,88 (0,59)	1,92 (0,62)	0,53	-0,43	.674	-0,08	-0,08
	MI-A	32	1,72 (0,69)	1,71 (0,87)	0,66	0,32	.974	0,01	0,01
	MI-B	28	1,41 (0,66)	1,41 (0,67)	0,49	-0,01	.991	-0,00	-0,00
	BDI	25	10,49 (6,30)	10,72 (7,55)	5,68	-0,20	.840	-0,04	-0,04

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Abbildung 22 gibt eine Übersicht über die erzielten Effektstärken. Es wird ersichtlich, dass die Effektstärken um Null streuten, einige Effekte zeigten sich sogar stark positiv.

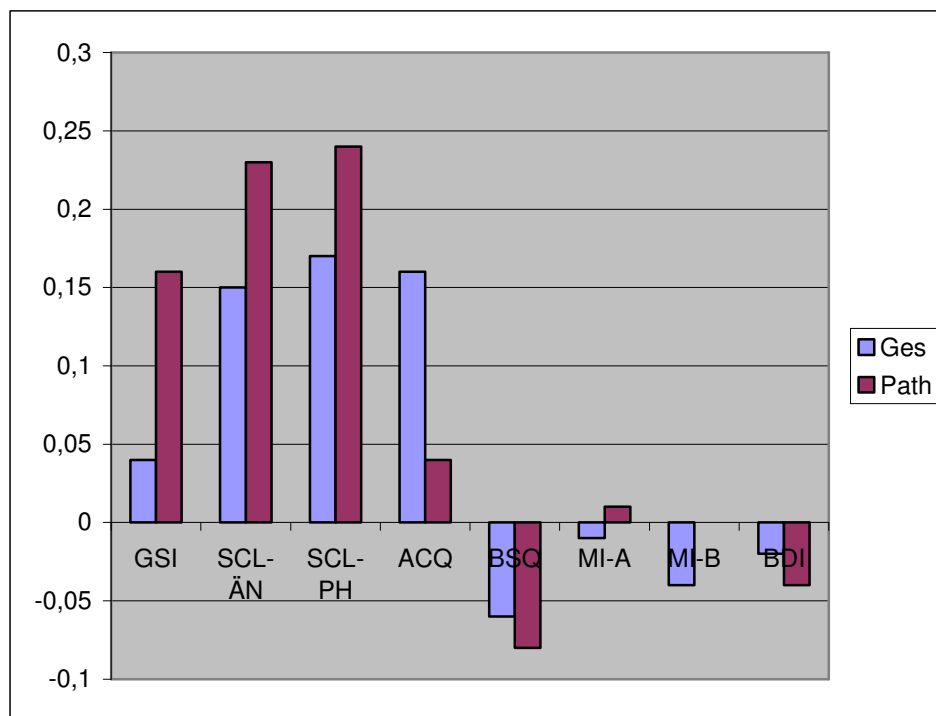


Abbildung 22: Darstellung der Effektstärken aller Angstpatienten (Ges) und der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

In Tabelle 30 sind die Angaben zu der klinischen und statistischen Signifikanz **aller Angstpatienten** unter der Bedingung Post-FU gegeben. Zur Detailansicht siehe Tabellen B37-B44 im Anhang. Der Anteil an klinischen und statistischen Verbesserungen lag bei 1,9% (SCL-90 Skala Phobische Angst; BDI) bis 5,6% (SCL-90 Skala Ängstlichkeit). Zwischen 9,3% (ACQ) und 18,6% (BSQ) der Patienten verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch. Der Prozentsatz an Patienten, der nach Therapieende weiterhin gesund blieb, zeigte sich bei den Angstpatienten sehr hoch, insbesondere im BDI (92,3%).

In Tabelle 31 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen der **Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Die höchste Verbesserungsrate wurde auf der SCL-90 Skala Phobische Angst erreicht (7%). Der Prozentsatz an klinischer und/oder statistischer Verschlechterung lag bei 10,0% (ACQ) bis 29,0% (MI-A). Auch bei den Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert blieb der

Großteil der Patienten gesund, insbesondere erneut im BDI (85,7%). Für Details siehe Tabellen B45-B52 im Anhang.

Tabelle 30: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz aller Angstpatienten im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, in den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch und/oder statistisch unverändert gesund
GSI	54	2 (3,7%)	8 (14,8%)	45 (83,3%)
SCL-ÄN	54	3 (5,6%)	6 (11,1%)	37 (68,5%)
SCL-PH	54	1 (1,9%)	8 (14,8%)	33 (61,1%)
ACQ	43	2 (4,7%)	4 (9,3%)	27 (62,8%)
BSQ	43	2 (4,7%)	8 (18,6%)	26 (60,5%)
MI-A	39	1 (2,6%)	6 (15,4%)	24 (61,5%)
MI-B	39	1 (2,6%)	4 (10,3%)	29 (74,4%)
BDI	52	1 (1,9%)	5 (9,6%)	48 (92,3%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 31: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit und Phobische Angst, in den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	38	2 (5,3%)	4 (10,5%)	29 (76,4%)
SCL-ÄN	43	3 (7,0%)	5 (11,6%)	28 (65,1%)
SCL-PH	42	1 (2,4%)	7 (16,7%)	22 (52,4%)
ACQ	30	2 (6,7%)	3 (10,0%)	17 (56,7%)
BSQ	30	1 (3,3%)	7 (23,3%)	17 (56,7%)
MI-A	31	1 (3,2%)	9 (29,0%)	17 (54,8%)
MI-B	28	0 (0,0%)	3 (10,7%)	21 (75,0%)
BDI	21	0 (0,0%)	3 (14,3%)	18 (85,7%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2.3 Soziale Phobie

7.2.3.1 Therapieerfolg

Es gingen Daten von 80 Patienten mit sozialer Phobie (ICD-Diagnose F40.1) mit in die Berechnungen ein. Die z-Wert Profile **aller Angstpatienten** sind in Abbildung 23 dargestellt. Zur detaillierten Betrachtung siehe Tabelle B53 im Anhang. Die Prä-Werte aller Skalen und Gesamtwerte lagen mehr als zwei Standardabweichungen über der

Norm, die Post-Werte lagen innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert der Norm entfernt.

In Abbildung 24 sind die z-Wert Profile der **Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert** dargestellt. Zum Prä-Zeitpunkt zeigten sich die Werte stark erhöht, zum Post-Zeitpunkt hingegen erwies sich lediglich der Wert auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt als leicht erhöht. Für Details siehe B54 im Anhang.

In Tabelle 32 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ergebnisse der verbundenen t-Tests und Effektstärken für **alle Patienten mit sozialer Phobie und die Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert** dargestellt. Die statistischen Unterschiede zwischen den Werten der Prä- und Post-Messung waren hoch signifikant ($p < .001$). Alle ermittelten Effektstärken, insbesondere die der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert, zeigten sich als hoch. Abbildung 25 gibt die Effektstärken dieser Patientengruppe wieder.

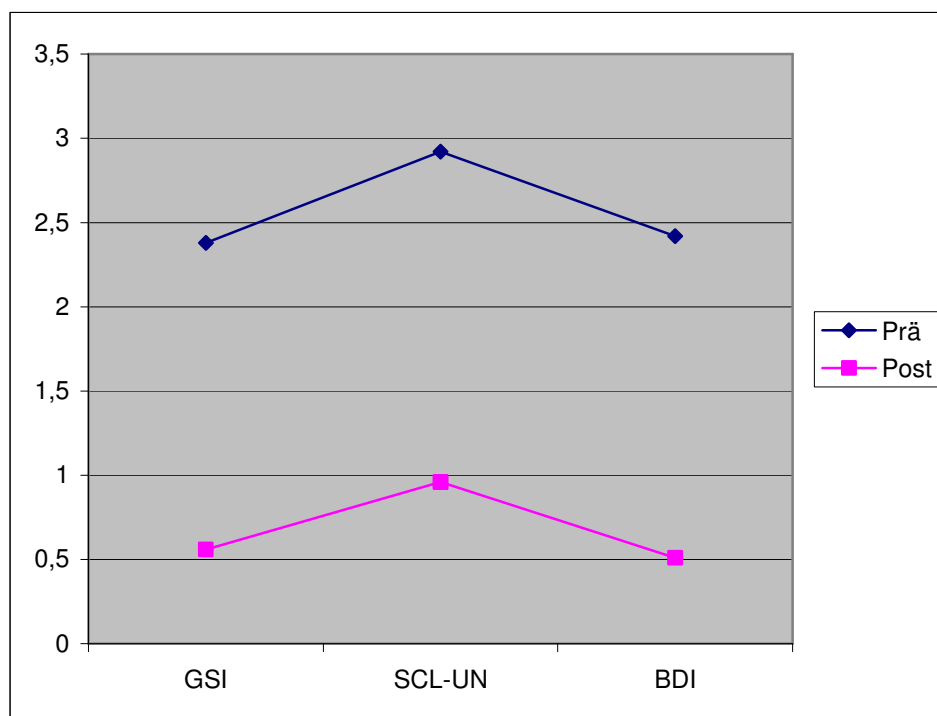


Abbildung 23: Z-Wert Profil der Patienten mit sozialer Phobie im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

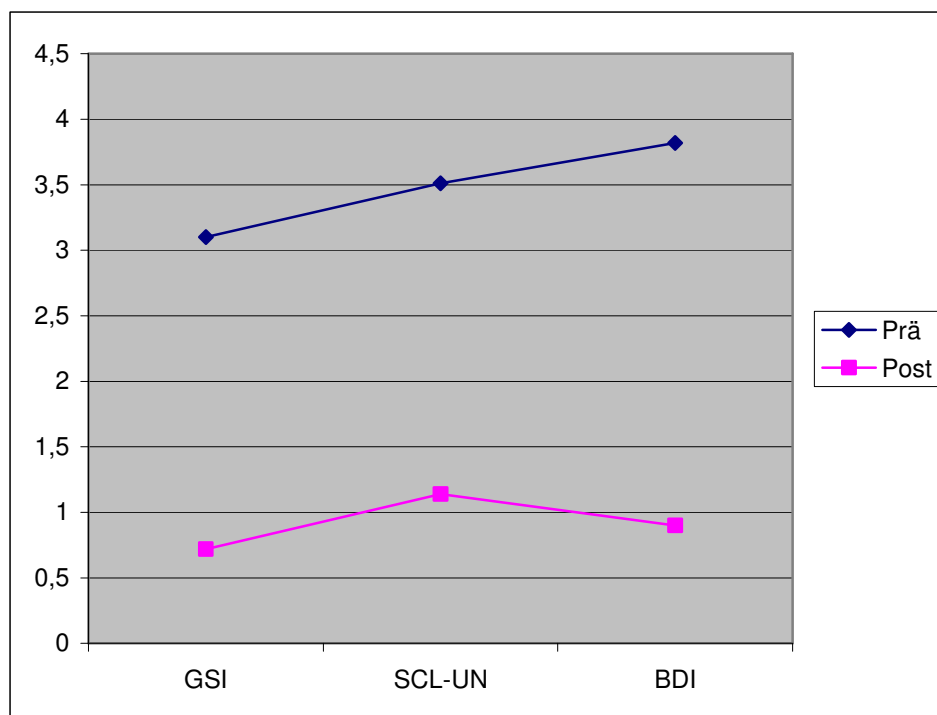


Abbildung 24: Z-Wert Profil der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 32: Effektstärken und Signifikanztests aller Patienten mit sozialer Phobie und der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Prä-Post

	Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
alle Pat. mit soz. Phobie	SCL GSI	80	1,31 (0,61)	0,60 (0,46)	0,59	10,63	.000**	1,19**	1,18**
	SCL UN	80	16,53 (7,44)	7,88 (6,29)	7,51	10,31	.000**	1,15**	1,14**
	BDI	79	19,05 (9,16)	9,08 (7,30)	9,22	9,61	.000**	1,08**	1,07**
Pat. mit soz. Phobie mit path. Prä- Wert	SCL GSI	56	1,59 (0,49)	0,66 (0,48)	0,54	12,77	.000**	1,71**	1,68**
	SCL UN	63	19,21 (5,89)	8,70 (6,47)	6,92	12,06	.000**	1,52**	1,50**
	BDI	41	26,29 (5,70)	11,13 (7,48)	8,38	11,58	.000**	1,81**	1,77**

* $p < .05$; ** $p < .01$; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

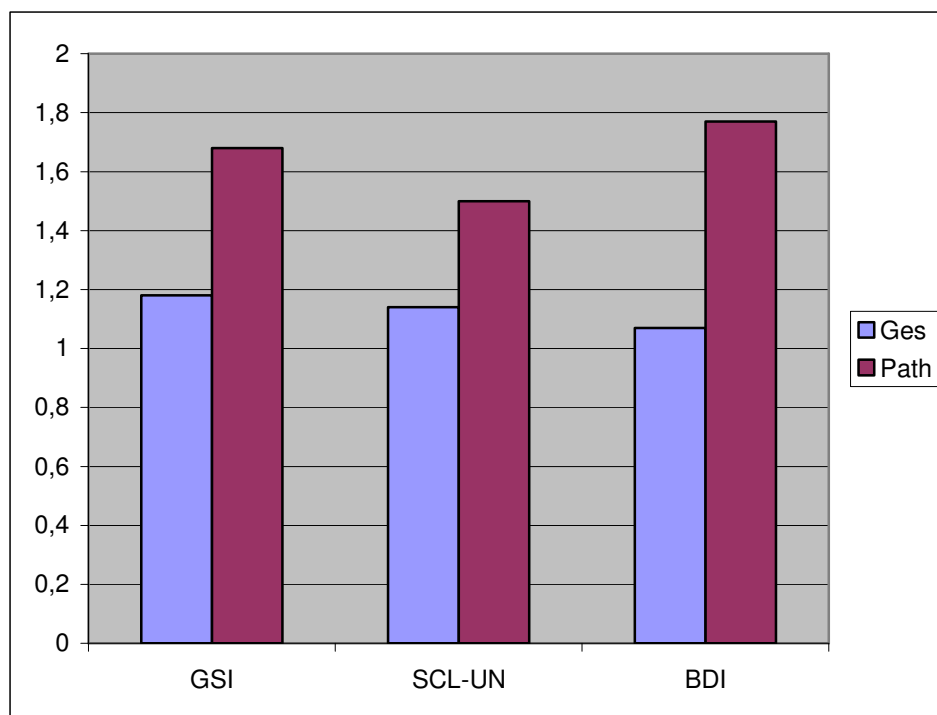


Abbildung 25: Darstellung der Effektstärken aller Patienten mit sozialer Phobie (Ges) und der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Einige wichtige Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz **aller Patienten mit sozialer Phobie** sind in Tabelle 33 abgebildet. Zur Detailansicht siehe Tabellen B55-B57 im Anhang. In Bezug auf die GSI-Ergebnisse lässt sich sagen, dass bei 39 von 80 Patienten (48,8%) eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung zeigte. 6 Patienten (7,5%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch signifikant im Therapieverlauf. Auf der SCL-90-Skala Unsicherheit im Sozialkontakt zeigte sich bei 33 von 80 Patienten (41,3%) eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung. Lediglich zwei Patienten (2,5%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch signifikant. Im BDI konnte bei 28 von 79 Patienten (35,4%) eine Verbesserung erzielt werden, 3 Patienten (3,8%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch.

In Tabelle 34 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen von **Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Im GSI wurde ein Therapieerfolg, das heißt eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung, bei 39 der 56 Patienten (69,6%) ersichtlich. 2 Patienten (3,6%) verschlechterten sich statistisch. Auf der SCL-90-Skala Unsicherheit im Sozialkontakt zeigte sich bei 36 der 63 Patienten (57,1%) eine Verbesserung, bei keinem Patienten eine statistische

Verschlechterung. Im BDI zeigte sich ein Therapieerfolg bei 30 von 41 Patienten (73,2%). Es verschlechterte sich kein Patient statistisch. Die vollständigen Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz befinden sich im Anhang in den Tabellen B58-B60.

Tabelle 33: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz aller Patienten mit sozialer Phobie im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert
GSI	80	39 (48,8%)	6 (7,5%)
SCL-UN	80	33 (41,3%)	2 (2,5%)
BDI	79	28 (35,4%)	3 (3,8%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 34: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Statistische Verschlechterung
GSI	56	39 (69,6%)	2 (3,6%)
SCL-UN	63	36 (57,1%)	0 (0,0%)
BDI	41	30 (73,2%)	0 (0,0%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2.3.2 Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

In der Abbildung 26 sind die z-Wert Profile **aller Patienten mit sozialer Phobie** unter der Bedingung Post-FU dargestellt. Zur detaillierten Betrachtung siehe Tabelle B56 im Anhang. Sowohl die Post- und FU-Werte im GSI und BDI lagen innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert der Normgruppe entfernt und sind daher als nicht erhöht zu bezeichnen. Die Werte auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt hingegen waren zu beiden Messzeitpunkten leicht erhöht. Für Details vergleiche B61 im Anhang.

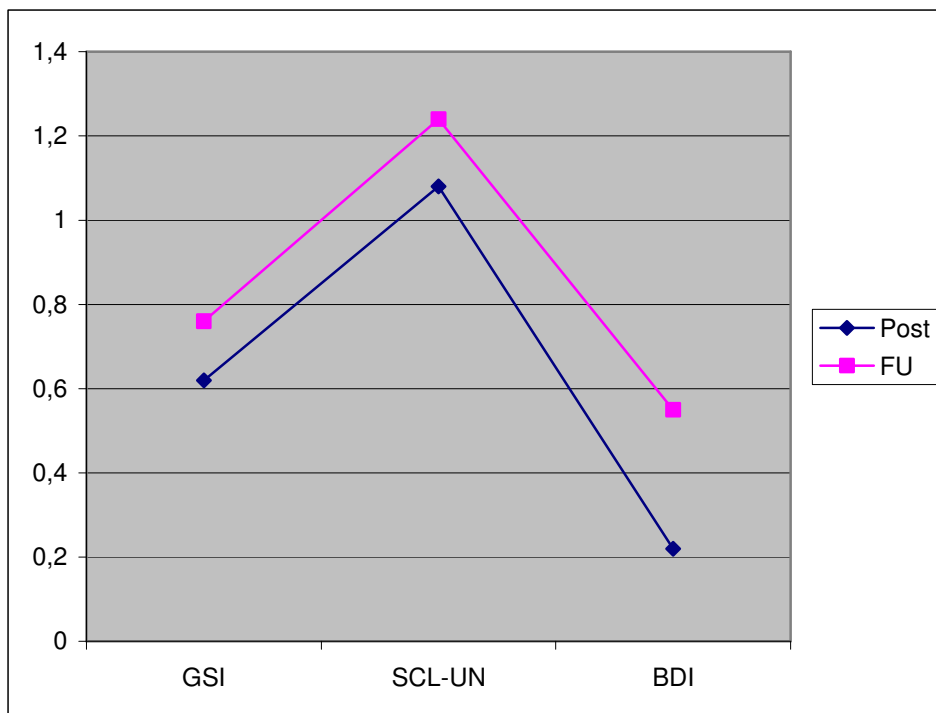


Abbildung 26: Z-Wert Profil der Patienten mit sozialer Phobie im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

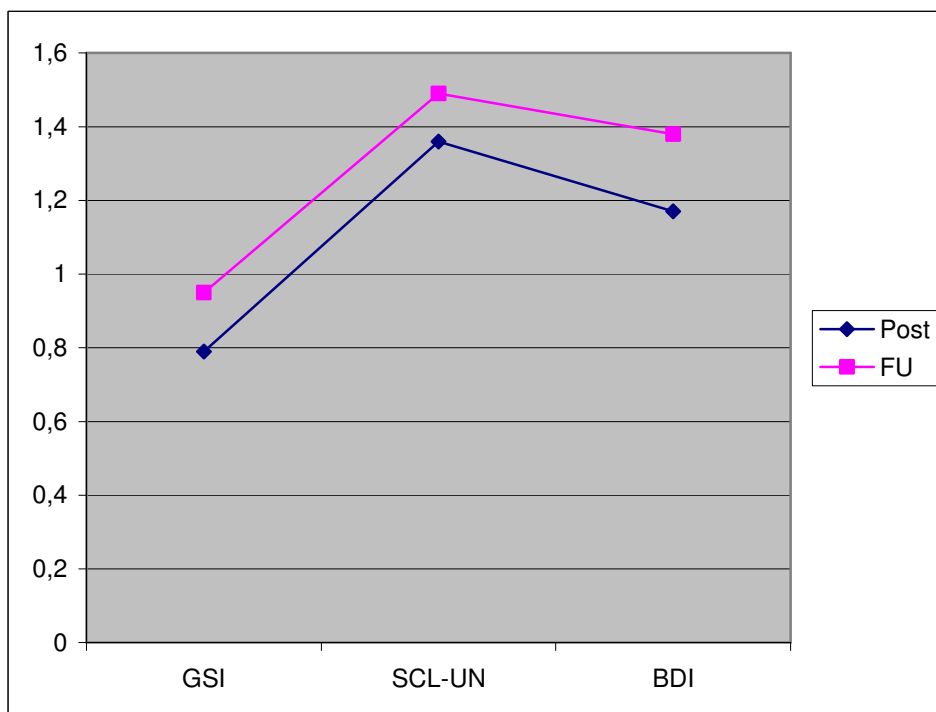


Abbildung 27: Z-Wert Profil der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgagswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Das z-Wert Profil der Patienten mit **sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert** ist in Abbildung 27 dargestellt. Die Werte im GSI sind zu beiden Messzeitpunkten als zur Normstichprobe zugehörig zu interpretieren, die Werte auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI zeigten sich leicht erhöht. Zur Detailansicht vergleiche Tabelle B62 im Anhang.

In Tabelle 35 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ergebnisse der verbundenen t-Tests und Effektstärken für **alle Patienten mit sozialer Phobie und die Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert** unter der Bedingung Post-FU dargestellt. Es zeigte sich im BDI der Gesamtgruppe der Patienten mit sozialer Phobie ein statistischer Unterschied zwischen den Mittelwerten der Post- und FU-Messung im Wilcoxon-Test ($p < .05$). Die übrigen Mittelwerte unterschieden sich nicht statistisch, jedoch wichen die Effektstärken im GSI für die Gruppe aller Patienten mit sozialer Phobie und die Gruppe der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert signifikant von Null ab, was dafür spricht, dass der Therapieeffekt nicht aufrecht erhalten werden konnte. Auch die übrigen Effektstärken sind deutlich im negativen Bereich anzuordnen, wichen jedoch nicht statistisch von Null ab. Abbildung 28 gibt eine Übersicht über die erzielten Effektstärken.

Tabelle 35: Effektstärken und Signifikanztests aller Patienten mit sozialer Phobie und der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Post-FU

	Skalen	n	Post M (SD)	FU M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
alle Pat. mit soz. Phobie	SCL GSI	24	0,62 (0,49)	0,68 (0,39)	0,24	-1,28	.215	-0,26**	-0,25**
	SCL UN	24	8,49 (7,10)	9,21 (6,56)	4,21	-0,83	.415	0,17	-0,16
	BDI	23	7,61 (7,43)	9,30 (7,35)	4,03	-2,02	.056 ^w	-0,42	-0,40
Pat. mit soz. Phobie mit path. Prä- Wert	SCL GSI	18	0,69 (0,54)	0,75 (0,40)	0,26	-1,02	.324	-0,24**	-0,23**
	SCL UN	20	9,70 (7,15)	10,30 (6,57)	4,49	-0,60	.554	-0,13	-0,13
	BDI	11	12,55 (7,90)	13,64 (7,65)	3,73	-0,97	.355	-0,29	-0,27

* $p < .05$; ** $p < .01$

^w Wilcoxon-Test weicht von Entscheidung des T-Tests ab

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

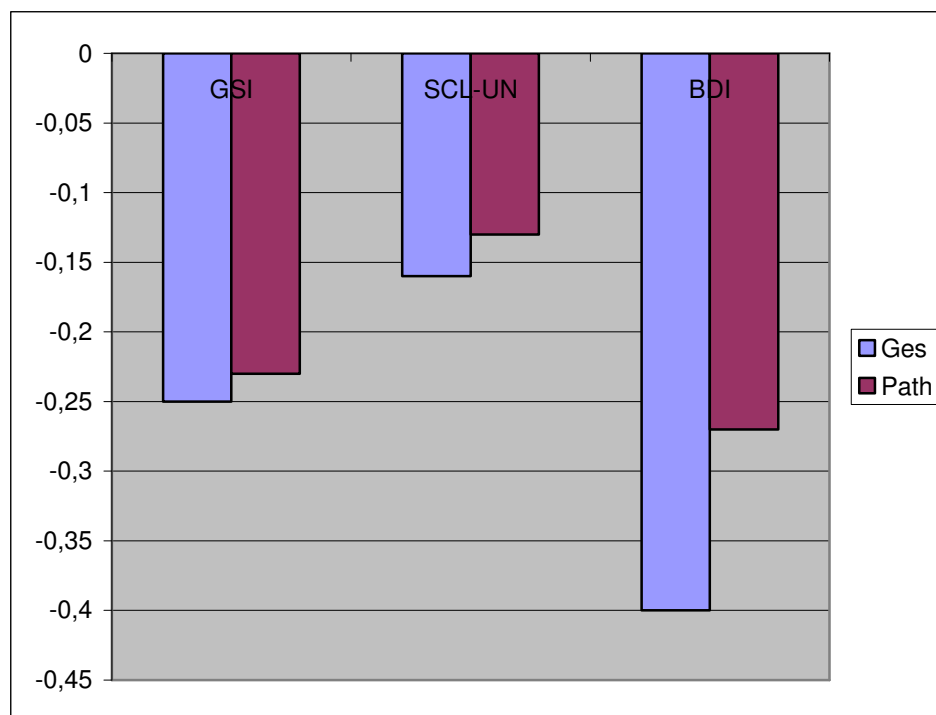


Abbildung 28: Darstellung der Effektstärken aller Patienten mit sozialer Phobie (Ges) und der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Einige wichtige Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz **aller Patienten mit sozialer Phobie** sind in Tabelle 36 abgebildet. Zur Detailansicht siehe Tabellen B63-B65 im Anhang. Im GSI kam es bei einem von 24 Patienten (4,2%) nach Therapieende zu einer klinischen und statistischen Verbesserung. Klinisch und/oder statistisch verschlechterten sich 5 Patienten (20,8%). Weiterhin klinisch gesund waren 17 Patienten (70,8%). Auf der SCL-90-Skala Unsicherheit im Sozialkontakt zeigte sich bei einem von 24 Patienten (4,2%) eine Verbesserung nach Therapieende, 4 Patienten (16,7%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch und bei 10 Patienten (41,7%) blieb der gesunde Zustand erhalten. Im BDI verbesserte sich keiner der 23 Patienten. Eine klinische und/oder statistische Verschlechterung zeigte sich bei 2 (8,7%) der Patienten, weiterhin gesund waren 20 Patienten (87,0%).

In Tabelle 37 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen der **Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Zur Detailansicht siehe Tabellen B66-B68 im Anhang. Im GSI zeigte sich bei einem von 18 Patienten (5,6%) nach Therapieende eine klinische und statistische Verbesserung. Klinisch und/oder statistisch verschlechterten sich 4 Patienten (22,2%). Weiterhin gesund waren 11 Patienten (61,1%). Auf der SCL-90-Skala Unsicherheit im Sozialkontakt verbesserte sich einer

von 20 Patienten (5,0%) klinisch und statistisch nach Therapieende. 4 Patienten (20,0%) zeigten eine klinische und/oder statistische Verschlechterung, 6 Patienten (30,0%) konnten ihren gesunden Zustand halten. Im BDI zeigte sich bei keinem Patienten eine Verbesserung oder Verschlechterung nach Therapieende, bei 8 der 11 Patienten (72,7%) blieb der gesunde Zustand erhalten.

Tabelle 36: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz aller Patienten mit sozialer Phobie im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	24	1 (4,2%)	5 (20,8%)	17 (70,8%)
SCL-UN	24	1 (4,2%)	4 (16,7%)	10 (41,7%)
BDI	23	0 (0,0%)	2 (8,7%)	20 (87,0%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 37: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	18	1 (5,6%)	4 (22,2%)	11 (61,1%)
SCL-UN	20	1 (5,0%)	4 (20,0%)	6 (30,0%)
BDI	11	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (72,7%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2.4 Zwangsstörungen

7.2.4.1 Therapieerfolg

In die Analyse gingen die Daten von 44 Zwangspatienten (Diagnose F42 ICD-10) ein. Die z-Wert Profile **aller Zwangspatienten** sind in Abbildung 29 dargestellt. Zur detaillierten Betrachtung siehe Tabelle B69 im Anhang. Die Prä-Werte aller Skalen und Gesamtwerte lagen mehr als anderthalb bis mehr als zwei Standardabweichungen über der Norm, die Post-Werte lagen innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert der Norm entfernt und waren damit nicht erhöht.



Abbildung 29: Z-Wert Profil der Zwangspatienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52



Abbildung 30: Z-Wert Profil der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Abbildung 30 gibt die z-Wert Profile der **Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert** wieder. Die Werte auf allen Skalen und Gesamtscores zeigten sich zu beiden Messzeitpunkten erhöht, eine Verbesserung wurde jedoch ersichtlich. Zur Detailansicht siehe Tabelle B70 im Anhang.

In Tabelle 38 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ergebnisse der verbundenen t-Tests und Effektstärken für **alle Zwangspatienten und für die Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert** dargestellt. Die statistischen Unterschiede zwischen den Werten der Prä- und Post-Messung zeigten sich hoch signifikant ($p < .001$). Alle ermittelten Effektstärken, insbesondere die der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert, sind als hoch zu beurteilen. Abbildung 31 gibt die Effektstärken dieser Patientengruppe wieder.

Tabelle 38: Effektstärken und Signifikanztests aller Zwangspatienten und der Zwangspatienten mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Prä-Post

	Skalen	n	Prä M (SD)	Post M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	korr. ES
alle Zwa.- Pat.	SCL GSI	43	1,01 (0,58)	0,59 (0,58)	0,51	5,50	.000**	0,84**	0,82**
	SCL ZWA	43	15,76 (7,92)	8,34 (7,62)	8,11	6,00	.000**	0,91**	0,90**
	BDI	43	18,44 (10,46)	8,55 (9,55)	9,49	6,84	.000**	1,04**	1,02**
Zwa.- Pat. mit path. Prä- Wert	SCL GSI	21	1,45 (0,53)	0,86 (0,70)	0,64	4,27	.000**	0,93**	0,90**
	SCL ZWA	30	19,60 (6,01)	10,57 (8,02)	9,05	5,47	.000**	1,00**	0,97**
	BDI	19	28,32 (7,38)	13,89 (11,29)	11,23	5,60	.000**	1,28**	1,23**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Einige wichtige Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz **aller Zwangspatienten** sind in Tabelle 39 abgebildet. Zur Detailansicht siehe Tabellen B71-B73 im Anhang. Im GSI verbesserten sich 12 von 43 Patienten (27,9%) sowohl klinisch als auch statistisch, 2 Patienten (4,7%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch signifikant im Therapieverlauf. Auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit zeigte sich bei 13 von 43 Patienten (30,2%) eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung, kein Patient verschlechterte sich. Im BDI erzielten 11 von 43 Patienten (25,6%) eine Verbesserung, ein Patient (2,3%) verschlechterte sich klinisch und/oder statistisch.

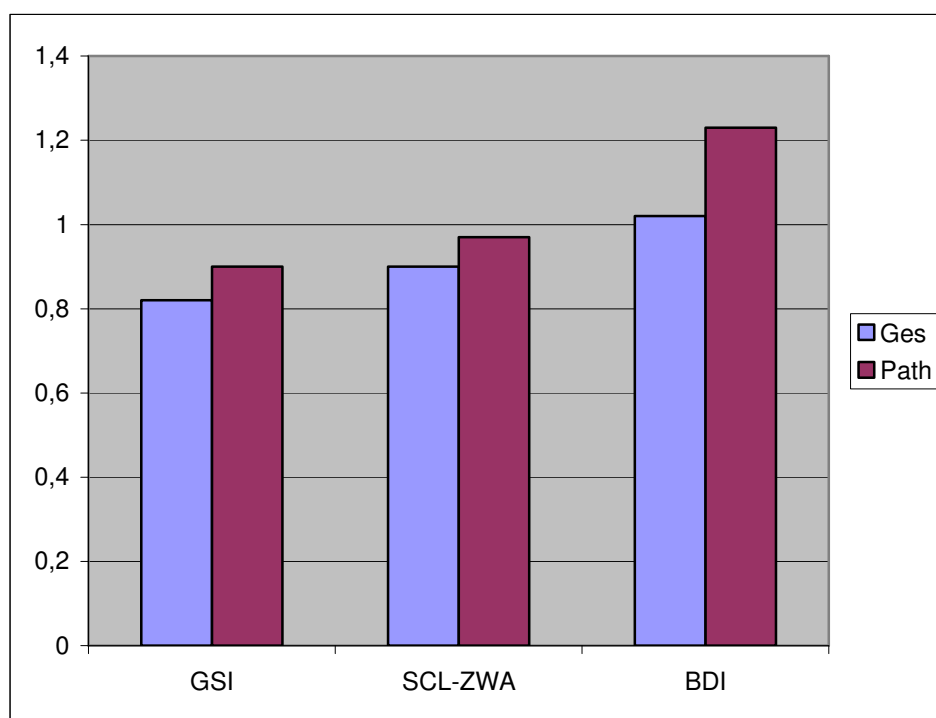


Abbildung 31: Darstellung der Effektstärken aller Zwangspatienten (Ges) und der Zwangspatienten mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 39: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz aller Zwangspatienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert
GSI	43	12 (27,9%)	2 (4,7%)
SCL-ZWA	43	13 (30,2%)	0 (0,0%)
BDI	43	11 (25,6%)	1 (2,3%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 51

In Tabelle 40 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen der **Zwangspatienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Im GSI zeigte sich ein Therapieerfolg bei 12 der 21 Patienten (57,1%). Ein Patient (4,8%) verschlechterte sich statistisch. Auf der SCL-90-Skala Zwanghaftigkeit zeigte sich bei 15 der 30 Patienten (50,0%) eine Verbesserung, bei einem Patienten (3,3%) eine statistische Verschlechterung. Im BDI verbesserten sich 12 von 19 Patienten (63,2%). Es verschlechterte sich kein Patient statistisch. Die vollständigen Kombinationen von

klinischer und statistischer Signifikanz befinden sich im Anhang in den Tabellen B74-B76.

Tabelle 40: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Statistische Verschlechterung
GSI	21	12 (57,1%)	1 (4,8%)
SCL-ZWA	30	15 (50,0%)	1 (3,3%)
BDI	19	12 (63,2%)	0 (0,0%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2.4.2 Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

In der Abbildung 32 sind die z-Wert Profile **aller Zwangspatienten** unter der Bedingung Post-FU dargestellt. Zur detaillierten Betrachtung siehe Tabelle B77 im Anhang. Sowohl alle Post- als auch FU-Werte lagen innerhalb einer Standardabweichung vom Mittelwert der Normgruppe entfernt und sind daher als nicht erhöht zu bezeichnen.

Die z-Wert Profile der **Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert** sind in Abbildung 33 dargestellt. Zum Post-Zeitpunkt lagen alle Werte im Normbereich, zum FU-Zeitpunkt zeigten sich die Werte auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI leicht erhöht. Zur Detailansicht siehe B78 im Anhang.

In Tabelle 41 sind die Mittelwerte, Standardabweichungen, Ergebnisse der verbundenen t-Tests und Effektstärken für **alle Zwangspatienten und die Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert** unter der Bedingung Post-FU dargestellt. Obwohl die Effektstärken deutlich negativ ausgeprägt waren, wick keine signifikant von Null ab und es gab keine statistischen Unterschiede zwischen den Werten der Post- und FU-Messung. Abbildung 34 gibt die Effektstärken der Zwangspatienten wieder.

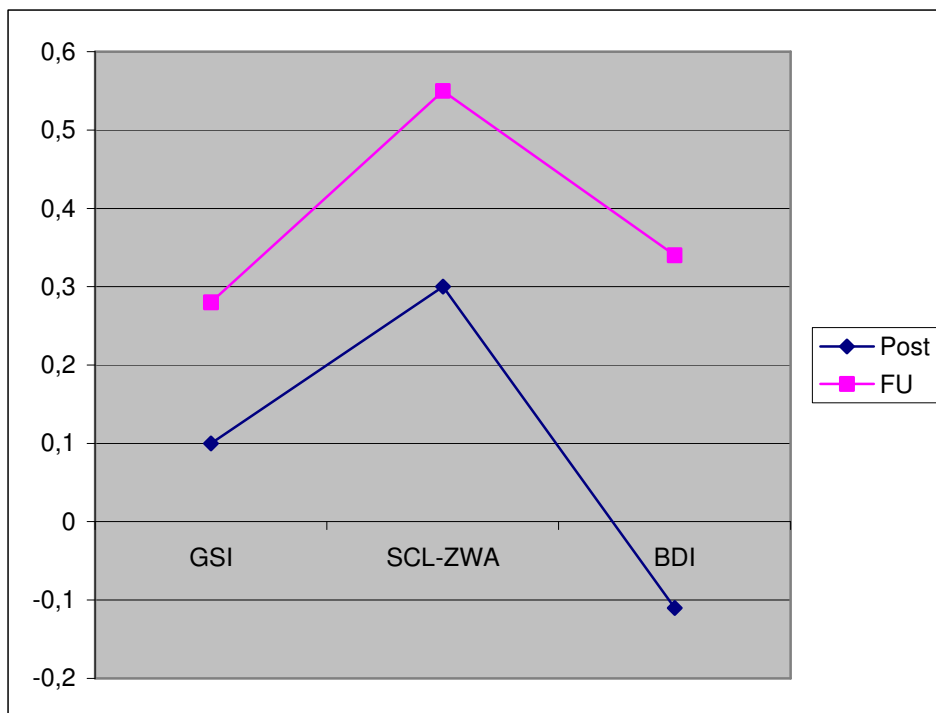


Abbildung 32: Z-Wert Profil der Zwangspatienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

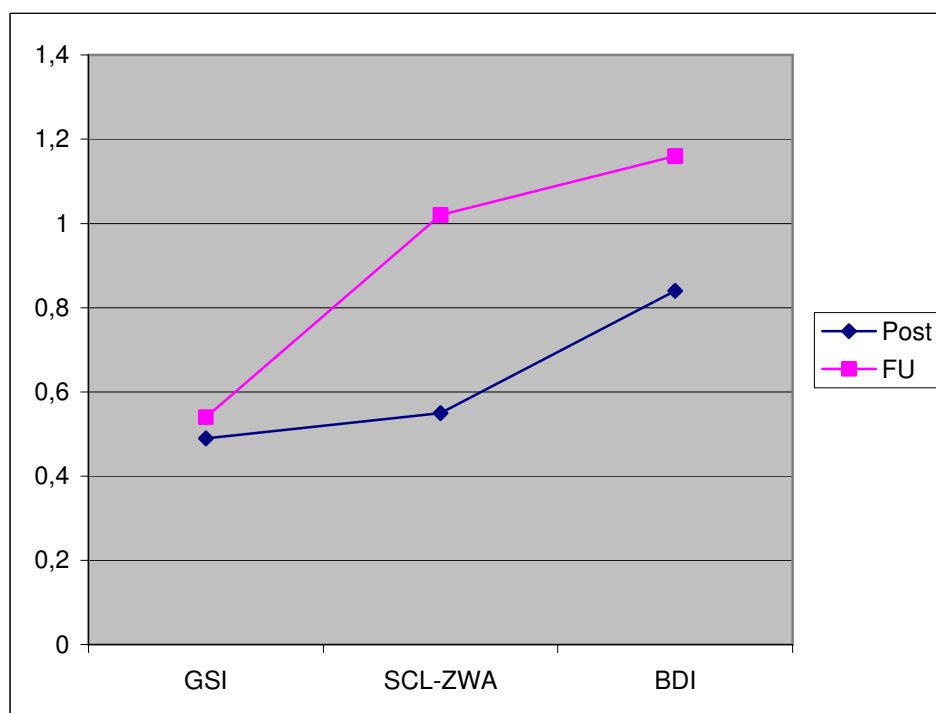


Abbildung 33: Z-Wert Profil der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 41: Effektstärken und Signifikanztests aller Zwangspatienten und der Zwangspatienten mit pathologischem Prä-Wert unter der Bedingung Post-FU

	Skalen	n	Post M (SD)	FU M (SD)	SD _{diff}	t-Wert	p-Wert	ES	kor. ES
alle Zwa.- Pat.	SCL GSI	17	0,42 (0,38)	0,49 (0,52)	0,46	-0,63	.540	-0,15	-0,14
	SCL ZWA	17	5,87 (5,43)	7,06 (7,73)	5,94	-0,83	.420	-0,20	-0,19
	BDI	17	5,88 (6,36)	8,24 (10,56)	8,92	-1,09	.293	-0,26	-0,25
Zwa.- Pat. mit path. Prä- Wert	SCL GSI	7	0,57 (0,52)	0,59 (0,66)	0,63	-0,08	.936	-0,03	-0,03
	SCL ZWA	11	7,09 (6,17)	9,27 (8,79)	7,24	-1,00	.341	-0,30	-0,28
	BDI	6	10,83 (7,96)	12,50 (15,92)	14,07	-0,29	.783	-0,12	-0,09

* $p < .05$; ** $p < .01$

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

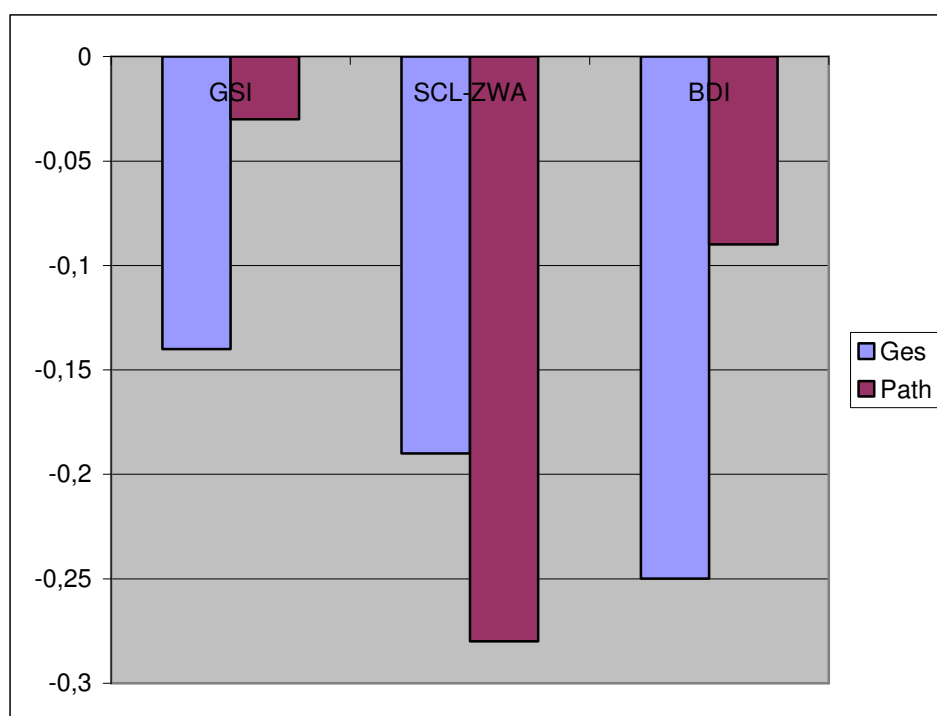


Abbildung 34: Darstellung der Effektstärken aller Zwangspatienten (Ges) und der Zwangspatienten mit pathologischem Prä-Wert (Path) unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Einige wichtige Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz **aller Zwangspatienten** sind in Tabelle 42 abgebildet. Zur Detailansicht siehe Tabellen B79-B81 im Anhang. Im GSI zeigte sich, dass sich 2 von 17 Patienten (11,8%) nach Therapieende sogar noch klinisch und statistisch verbesserten. Klinisch und/oder statistisch verschlechterten sich 3 Patienten (17,6%). Weiterhin gesund waren 13 Patienten (76,5%). Auf der SCL-90-Skala Zwanghaftigkeit zeigte sich bei keinem der 17 Patienten eine Verbesserung, 3 Patienten (17,6%) verschlechterten sich klinisch und/oder statistisch und bei 13 Patienten (76,5%) konnte der gesunde Zustand erhalten werden. Im BDI verbesserte sich ein Patient (5,9%) von 17 nach Therapieende. Eine klinische und/oder statistische Verschlechterung zeigte sich bei 5 Patienten (29,4%), 15 Patienten (88,2%) blieben gesund.

In Tabelle 43 sind die klinischen und statistischen Signifikanzen der **Zwangspatienten mit pathologischem Prä-Wert** dargestellt. Zur Detailansicht siehe Tabellen B82-B84 im Anhang. Im GSI verbesserte und verschlechterte sich jeweils ein Patient von 7 Patienten (jeweils 14,3%). Weiterhin gesund waren 4 Patienten (57,1%). Auf der SCL-90-Skala Zwanghaftigkeit verbesserte sich keiner der 11 Patienten nach Therapieende. 3 Patienten (27,3%) zeigten eine klinische und/oder statistische Verschlechterung, 7 Patienten (63,6%) konnten ihren gesunden Zustand erhalten. Im BDI zeigte sich bei einem Patient von 6 (16,7%) eine Verbesserung nach Therapieende, bei einem weiteren Patienten (16,7%) kam es zu einer klinischen und/oder statistischen Verschlechterung und 4 Patienten (66,6%) blieben gesund.

Tabelle 42: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz aller Zwangspatienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	17	2 (11,8%)	3 (17,6%)	13 (76,5%)
SCL-ZWA	17	0 (0,0%)	3 (17,6%)	13 (76,5%)
BDI	17	1 (5,9%)	5 (29,4%)	15 (88,2%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle 43: Auswahl an Kombinationen von klinischer und statistischer Signifikanz der Zwangspatienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	n	Klinisch und statistisch verbessert	Klinisch und/oder statistisch verschlechtert	Klinisch unverändert gesund
GSI	7	1 (14,3%)	1 (14,3%)	4 (57,1%)
SCL-ZWA	11	0 (0,0%)	3 (27,3%)	7 (63,6%)
BDI	6	1 (16,7%)	1 (16,7%)	4 (66,6%)

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.2.5 Gegenüberstellung der Ergebnisse zu Störungsgruppen

In Tabelle 44 sind die Prä-Post Effektstärken sowie die Raten an klinischer und statistischer Verbesserung der vier Störungsgruppen dargestellt. Es wird ersichtlich, dass alle Effekte als hoch zu bewerten sind, wobei die Effektstärken der Patienten mit pathologischem Ausgangswert höher ausfielen. Die Werte der Störungsgruppen Depression, Angst und Soziale Phobie zeigten sowohl in den Effektstärken als auch bei den Verbesserungsraten eine hohe Ähnlichkeit, die Ergebnisse der Depressiven fielen jedoch im Vergleich etwas schlechter aus. Die Effekte der Zwangspatienten zeigten sich von allen Störungsgruppen am geringsten aus, insbesondere im GSI.

Tabelle 44: Gegenüberstellung der Effektstärken und Raten an klinischer und statistischer Verbesserung aller vier Störungsgruppen

			Depression	Angst	Soziale Phobie	Zwang
alle Pat.	GSI	Effektstärke	1,03	1,25	1,18	0,82
		Klinisch und statistisch verbessert	44,9%	48,0%	48,8%	27,9%
	BDI	Effektstärke	1,07	1,05	1,07	1,02
		Klinisch und statistisch verbessert	44,0%	30,4%	35,4%	25,6%
Pat. mit path. Prä-Wert	GSI	Effektstärke	1,35	1,70	1,68	0,90
		Klinisch und statistisch verbessert	61,7%	71,6%	69,6%	57,1%
	BDI	Effektstärke	1,46	1,57	1,77	1,23
		Klinisch und statistisch verbessert	69,9%	75,8%	73,2%	63,2%

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs konnte darüber hinaus belegt werden. Die einzige Ausnahme bildete die Untergruppe der Patienten mit sozialer Phobie im GSI. Es kam zu einer signifikanten Abweichung der Effektstärke nach unten. Darüber hinaus zeigten die Raten zur klinischen und statistischen Signifikanz für alle Störungsgruppen eine Aufrechterhaltung des Behandlungserfolgs.

7.3 Hypothese 3: Einfluss von soziodemografischen Daten und Therapiedaten auf den Therapieerfolg und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

Im Rahmen dieser Hypothese wird zunächst der Zusammenhang zwischen soziodemografischen Daten und dem Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs, anschließend der Zusammenhang zwischen Therapiedaten und dem Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs untersucht.

7.3.1 Soziodemografische Daten

7.3.1.1 Alter des Patienten

Der Zusammenhang zwischen der dimensional Variable Alter und dem individuellen Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs der einzelnen Patienten wurde anhand einer Korrelation nach Spearman untersucht. Es zeigte sich ein leichter Zusammenhang ($r = -0,12$; $p < .05$) zwischen der Effektstärke im GSI unter der Bedingung Prä-Post und dem Patientenalter, das heißt, tendenziell sinkt der Therapieerfolg mit dem Alter. Nach Cohen (1988) ist dieser Effekt als klein zu bewerten. In eine Effektstärke umgerechnet ergibt sich $d = -0,24$, was ebenfalls als gering zu bewerten ist. Die übrigen Korrelationskoeffizienten waren nicht signifikant (vgl. Tabellen C1 und C2 im Anhang).

7.3.1.2 Geschlecht des Patienten

Es wurden t-Tests für unabhängige Stichproben gerechnet, um den Therapieerfolg bzw. die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs von Frauen und Männern vergleichen zu können. Es zeigten sich keine statistischen Unterschiede zwischen den Mittelwerten

der individuellen Therapieergebnisse der beiden Geschlechter (vgl. Tabelle C3 und C4), so dass kein Geschlechtereffekt auf den Therapieerfolg bzw. die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs festgestellt werden konnte.

7.3.1.3 Berufstatus des Patienten

Um den Einfluss des Berufsstatus des Patienten auf den individuellen Therapieerfolg zu untersuchen, wurden zwei einfaktorielle Varianzanalysen gerechnet. Die Unterschiede im GSI wurden signifikant ($p < .05$). Für Details vergleiche C5 im Anhang. Anschließende Post hoc Tests nach Bonferroni zeigten einen signifikanten Unterschied ($p < .05$) zwischen den Therapieerfolgen von Angestellten/Beamten vs. Rentner, wobei die Angestellten/Beamten den höheren Therapieeffekt im GSI aufwiesen. Darüber hinaus wurde die Varianzanalyse des BDI signifikant ($p < .01$), die Tests nach Bonferroni zeigten signifikant höhere Therapieeffekte bei Angestellten/Beamten als bei Rentnern ($p < .05$) und als bei Erwerbsunfähigen ($p < .01$). Des Weiteren waren die Therapieeffekte von Patienten, die sich in Ausbildung oder Umschulung befanden, höher als die von Erwerbsunfähigen ($p < .01$). Weitere einfaktorielle Varianzanalysen untersuchten den Einfluss des Berufsstatus auf die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs. Es wurde lediglich die Varianzanalyse des BDI signifikant ($p < .05$; vgl. C6 im Anhang). Post hoc Tests nach Bonferroni zeigten bei Facharbeitern/Arbeitern eine überlegene Aufrechterhaltung des Therapieeffekts im Vergleich zu Angestellten/Beamten ($p < .05$).

7.3.1.4 Kinderanzahl des Patienten

Anhand von Korrelation nach Spearman wurde der Zusammenhang zwischen der dimensional Variable Kinderanzahl und dem individuellen Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs der einzelnen Patienten untersucht. Es zeigten sich keine signifikanten Zusammenhänge (vgl. Tabellen C7 und C8 im Anhang).

7.3.1.5 Familienstand des Patienten

Der Zusammenhang von Familienstand (ledig vs. in Partnerschaft lebend) und dem Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurde anhand von t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht. Es fanden sich keine statistischen Unterschiede (vgl. Tabellen C9 und C10 im Anhang), daher wirkte sich der Familienstand nicht auf den Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs aus.

7.3.1.6 Ausbildung des Patienten

Der Zusammenhang zwischen dem Grad an Ausbildung des Patienten und dem Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurde zum einen anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse (Ausbildung als kategoriale Variable), zum anderen anhand einer Korrelation nach Spearman (Ausbildung als dimensionale Variable, geordnet nach Grad an Schulbildung) untersucht. Lediglich die Korrelationen zwischen dem Grad an Ausbildung und dem Therapieerfolg zeigten sich signifikant: Die Korrelationen zwischen dem Grad an Bildung und dem GSI ($r = 0.10$; $p < .05$) und dem BDI ($r = 0.10$; $p < .05$) sind jeweils als gering zu beurteilen (vgl. Tabellen C11 und C12 im Anhang). In Effektstärken umgerechnet ergeben sich ebenfalls lediglich geringe Effekte (jeweils $d = 0,20$). Der Therapieerfolg scheint damit mit steigender Bildung leicht zuzunehmen.

7.3.2 Therapiedaten

7.3.2.1 Anzahl der Therapiestunden

Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Therapiestunden und dem individuellen Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurde anhand von Korrelationen nach Spearman untersucht. Es zeigte sich eine geringe signifikante Korrelation zwischen der Therapiestundenanzahl und dem Therapieerfolg im GSI ($r = 0.13$; $p < .05$) und im BDI ($r = 0.12$; $p < .05$). Die Effektstärken betrugen $d = 0,26$ bzw. $d = 0,24$. Mehr Therapiestunden gehen tendenziell mit einem größeren Therapieerfolg einher. Die Korrelationen zwischen der Therapiestundenanzahl und der

Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurden nicht signifikant. Für Details siehe Tabellen C13 und C14 im Anhang.

7.3.2.2 Therapiedauer

Der Zusammenhang zwischen der Therapiedauer und dem individuellen Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurde ebenfalls anhand von Korrelationen nach Spearman untersucht. Die einzige signifikante Korrelation fand sich zwischen der Therapiedauer und der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs, gemessen anhand des BDI ($r = -0.18$; $p < .01$), die dazugehörige Effektstärke zeigte sich gering, sie betrug $d = -0,37$. Dies bedeutet, dass eine lange Therapiedauer tendenziell mit einer schlechteren Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs zusammenhängt, sofern man diesen anhand des BDI misst. Vergleiche Tabellen C15 und C16 im Anhang.

7.3.2.3 Jahr der Prä-Messung

Der Zusammenhang zwischen dem Jahr der Prä-Messung und dem Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurde anhand einer einfaktoriellen Varianzanalyse untersucht (vgl. Tabelle C17 im Anhang). Es zeigten sich signifikante Unterschiede sowohl im GSI ($p < .01$) als auch im BDI ($p < .01$). Abbildung 35 gibt die Prä-Post Effektstärken in Abhängigkeit vom Jahr der Prä-Messung wieder.

Anschließend Post hoc Tests nach Bonferroni zeigten einen signifikanten Unterschied zwischen den Jahren 2001 und 2002 (GSI: $p < .01$; BDI: $p < .05$) und zwischen den Jahren 2001 und 2006 (GSI: $p < .01$; BDI: $p < .05$). Die Post-FU Effektstärken in Abhängigkeit vom Jahr der Prä-Messung sind in Abbildung 36 dargestellt. Lediglich die Unterschiede im GSI wurden in einer Varianzanalyse signifikant ($p < .05$; vgl. Tabelle C18 im Anhang). Die Post hoc Tests nach Bonferroni fanden jedoch keine signifikanten Unterschiede.

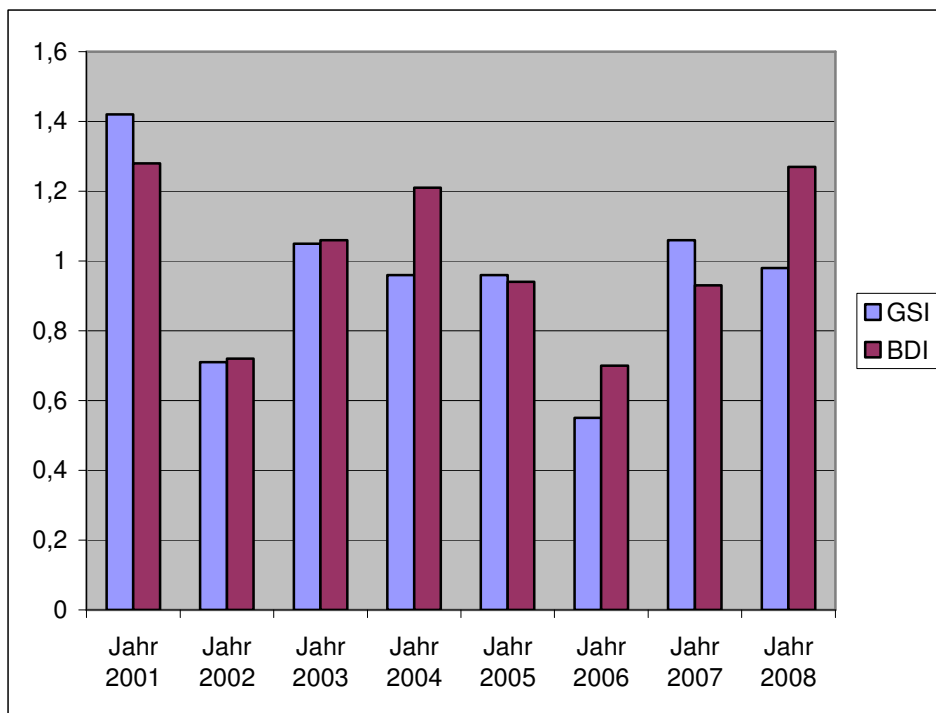


Abbildung 35: Darstellung der Effektstärken im GSI und BDI in Abhängigkeit vom Jahr der Prä-Messung unter der Bedingung Prä-Post

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

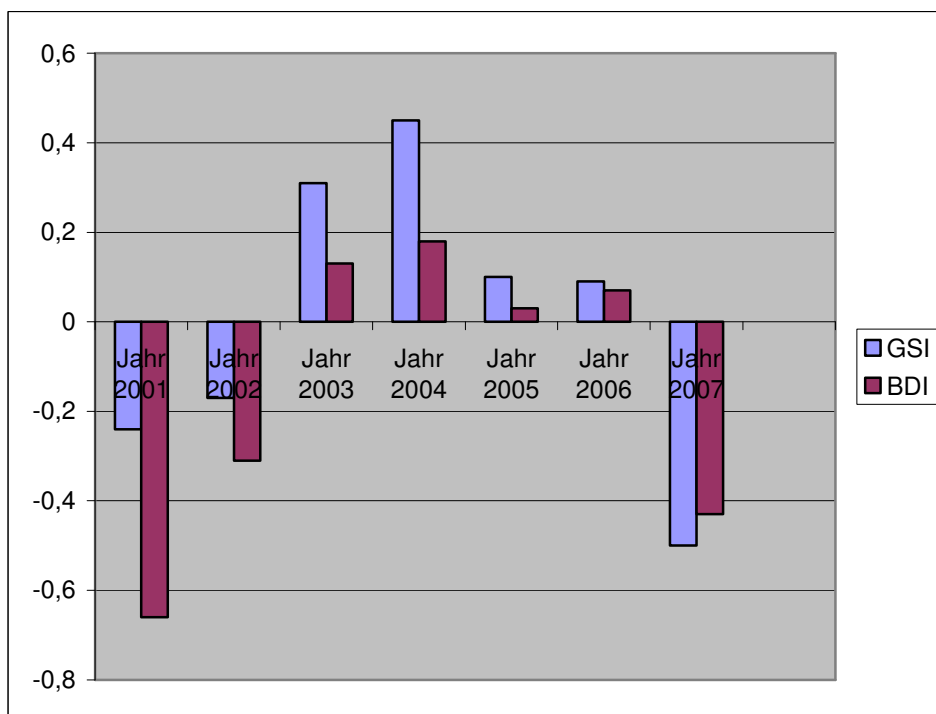


Abbildung 36: Darstellung der Effektstärken im GSI und BDI in Abhängigkeit vom Jahr der Prä-Messung unter der Bedingung Post-FU

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

7.3.2.4 Anzahl der F-Diagnosen

Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der F-Diagnosen und dem individuellen Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurde anhand von Korrelationen nach Spearman untersucht. Es zeigten sich geringe, jedoch signifikante Korrelationen zwischen der Anzahl der F-Diagnosen und dem Therapieerfolg, gemessen anhand des GSI ($r = 0.15$; $p < .01$) und im BDI ($r = 0.13$; $p < .01$). Dies bedeutet, eine höhere Anzahl an F-Diagnosen führte tendenziell zu einem besseren Therapieerfolg. Die Effektstärken betrugen $d = 0,30$ bzw. $d = 0,26$ und sind damit als gering zu bewerten. Die Korrelationen zwischen der Diagnoseanzahl und der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurden nicht signifikant. Für Details siehe Tabellen C19 und C20 im Anhang.

7.4 Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit Efficacy-Studien

In Kapitel 3.1 wurde die Frage der Übertragbarkeit von Ergebnissen aus Efficacy-Studien auf den klinischen Alltag aufgeworfen. Die vorliegende Studie konnte die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie sowie die Aufrechterhaltung der Therapieerfolge unter Routinebedingungen belegen. In Bezug auf die Höhe der Effektstärken soll zunächst ein Vergleich mit den in Tabelle 1 (vgl. Kapitel 3.1) dargestellten Efficacy-Studien erfolgen, siehe Tabelle 45. Als Vergleich dienen die Daten der Completer-Stichprobe, es sind die Spannbreiten der Daten in den Fragebögen der Gesamtgruppe und die der Patienten mit pathologischem Ausgangswert dargestellt. Es wurden jeweils die Ergebnisse aus den jeweiligen Diagnosegruppen zugeordnet, da die gefundenen und dargestellten neueren RCT-Studien größtenteils störungsspezifisch angelegt sind. Es ist jedoch nochmals zu erwähnen, dass die Gegenüberstellung lediglich Hinweise auf die Frage der Übertragbarkeit der Ergebnisse liefern soll. Direktere Vergleiche oder die Berechnung statistischer Unterschiede sind aufgrund der unterschiedlichen Studienarten und Messinstrumente nicht angebracht.

Tabelle 45: Darstellung von Meta-Analysen über RCT-Studien im Vergleich zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie

Störung	Autoren	Studienanzahl und Behandlungsform	Effektstärke der Meta-Analysen	Effektstärke dieser Studie
Depression	Dobson (1989)	10 (CT)	2,15 b	Ges: d= 1,03-1,07 Path.: d= 1,35-1,46
	Gaffan, Tsaousis & Kemp-Wheeler (1995)	7 (CT) 11 (CT)	1,56 b (Studie 1) 0,89 b (Studie 2)	
	Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn (1998)	48 (CT)	0,82 b	
Panik/ Agoraphobie	Bakker et al. (1998)	68 (untersch. Psychotherapieformen)	1,36 a	Ges: d= 0,70-1,41 Path.: d= 0,86-1,70
	Chambless & Gilles (1993)	5	1,14 a	
	Gould, Otto & Pollack (1995)	19 (CBT)	0,68 b	
Soziale Phobie	Chambless & Gilles (1993)	9 (CT)	1,00 a	Ges: d= 1,07-1,18 Path.: d= 1,50-1,77
	Feske & Chambless (1995)	12 (CBT) 9 (Exposition)	0,45 a 0,69 a	
	Gould, Buckminster, Pollack, Otto & Yap (1997)	16 (CBT)	0,74 b	
Zwangsstörung	Abramowitz (1996)	29 (Exposition)	1,16 a	Ges: d= 0,82-1,02 Path.: d= 0,90-1,23
	Christensen, Hadzi-Pavlovic, Andrews & Mattick (1987)	4 (Exposition)	2,36 a	

Anmerkungen: CBT= Cognitive Behavior Therapy; CT= Cognitive Therapy; a= Prä-Post-Effektstärken; b= Vergleich mit Kontrollgruppe

Zunächst lässt sich bezüglich der Studien über depressive, Angstpatienten und Zwangspatienten feststellen, dass die in dieser Studie gefundenen Effektstärken mit denen der Meta-Analysen über RCT-Studien ungefähr von der Höhe vergleichbar sind. Die Effektstärken der Patienten mit sozialer Phobie scheinen sogar etwas höher als in den dargestellten Meta-Analysen auszufallen. Es ist jedoch zu beachten, dass einige der ermittelten Effekte in RCT-Studien anhand von Kontrollgruppen korrigiert wurden. Laut Grawe (1994) fallen Prä-Post Effektstärken im Vergleich zu Effektstärken, die im

Vergleich mit Kontrollgruppen berechnet wurden, durchschnittlich um $d=0,36$ höher aus. Dies wird auf Spontanremission und statistische sowie natürliche Regression im Falle von Prä-Post-Vergleichen zurückgeführt. Doch auch nach Korrektur zeigen sich die hier ermittelten Effektstärken ungefähr vergleichbar (z.B. GSI Depression $d= 0,67-1,1$). Daher sind die Ergebnisse als Indiz für eine Übertragbarkeit der Ergebnisse aus RCT-Studien auf den klinischen Alltag zu werten.

7.5 Vergleich der vorliegenden Ergebnisse mit Effectiveness-Studien

Im Folgenden werden die in dieser Studie ermittelten Effektstärken und klinischen/statistischen Signifikanzen denen anderer Effectiveness-Studien gegenübergestellt werden. Generell lässt sich sagen, dass die Höhen der erzielten Effektstärken mit denen der anfangs im Kapitel 3.2 erläuterten Studien und Meta-Analysen vergleichbar sind, da sie ebenfalls eine mittlere bis hohe Ausprägung aufwiesen. Tabelle 46 stellt die Spannbreite der in dieser Studie ermittelten Effekte den Effekten anderer Effectiveness-Studien gegenüber. Es wird ersichtlich, dass die Höhen der gefundenen Effektstärken durchaus vergleichbar sind.

Tabelle 46: Darstellung von Effectiveness-Studien im Vergleich zu den Ergebnissen der vorliegenden Studie

Studie	Störungsgruppe	Effektstärke	Effektstärken der vorliegenden Studie
Shadish et al. (1997)	-	$d=0,58$	Ges: $d= 0,56-0,94$ Path.: $d= 1,09-1,40$
Hahlweg et al. (2001)	Agoraphobie	$d=1,23$	Ges: $d= 0,70-1,41$ Path.: $d= 0,86-1,70$
Lueger et al. (2000)	Depression	$d=1,2$	Ges: $d= 1,03-1,07$ Path.: $d= 1,35-1,46$

Fortsetzung Tabelle 46

Studie	Störungsgruppe	Effektstärke	Effektstärken der vorliegenden Studie
Forts. Lueger et al. (2000)	Angsterkrankung	d=1,4	Ges: d= 0,70-1,41 Path.: d= 0,86-1,70
Stewart und Chambless (2009)	Panic disorder/Attacks Panic disorder/Avoidance	d=1,01 d=0,83	Ges: d= 0,70-1,41 Path.: d= 0,86-1,70

Anmerkung: Ges= Gesamtstichprobe, Path= Patienten mit pathologischem Ausgangswert

Um konkretere Vergleiche zu ermöglichen, wurden Studien und Jahresberichte aus anderen Psychotherapeutischen Ambulanzen herangezogen und mit den vorliegenden Ergebnissen verglichen. Es liegen aus anderen Ambulanzen nur Daten zur Gesamtstichprobe sowie zu depressiven und Angstpatienten vor, weshalb keine Gegenüberstellung von Ergebnissen von Zwangspatienten und Patienten mit sozialer Phobie erfolgen wird.

In Tabelle 47 sind zunächst die die **Gesamtstichprobe** betreffenden Ergebnisse dargestellt. In den Completeranalysen, die alle Patienten unabhängig von der Höhe des Prä-Werts betrachteten, wurden durchgängig hohe Effektstärken erreicht (Lange (2009): GSI d=1,03, BDI d=1,06; vorliegende Arbeit: GSI d= 0,92, BDI d=0,94). In der Untergruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert zeigten sich ebenfalls hohe Effektstärken (Lange (2009): GSI d=1,91 bzw. d=2,58 in Extremgruppe $T \geq 70$; Jahresbericht Universität Koblenz-Landau: GSI d=1,29; vorliegende Studie: GSI d=1,32). In den Intention-to-treat Analysen fanden sich im GSI mittelhohe Effektstärken für die Gesamtstichprobe (Lange: d=0,64; Jahresbericht Göttingen: d=0,68; vorliegende Arbeit: d=0,70) und hohe Effektstärken für die Untergruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert (Lange (2009): d=1,13; vorliegende Arbeit: d= 0,90).

Die Daten zu **depressiven Patienten** sind in Tabelle 48 zu finden. Mit der vorliegenden Studie vergleichbar sind die Angaben zu Completeranalysen. Die ermittelten Effektstärken für alle depressive Patienten, also unabhängig vom Ausgangswert, lagen im hohen Bereich (Lange (2009): GSI d=1,12, BDI d=1,22;

vorliegende Studie: GSI $d=1,03$, BDI $d=1,07$). Sofern nur depressive Patienten mit pathologischem Ausgangswert betrachtet werden, wurden hohe Effektstärken auf der SCL-90 Skala Depression (Jahresbericht Universität Koblenz-Landau: DEP $d=1,26$; vorliegende Studie DEP $d=1,36$) und im BDI (Schindler & Hiller (2010): BDI $d=1,22$; vorliegende Studie BDI $d=1,46$) erreicht. Im GSI fanden Schindler & Hiller (2010) eine mittelhohe Effektstärke (GSI $d=0,79$), die minimal unterhalb der Grenze zu einer hohen Effektstärke lag. In der vorliegenden Arbeit wurde eine hohe Effektstärke ermittelt (GSI $d=1,35$). Es ist zu erwähnen, dass bei Schindler und Hiller (2010) ein pathologischer BDI Wert und nicht ein auffälliger GSI-Wert zur Gruppeneinteilung führte, was diesen eher geringen Wert erklären könnte.

Die Tabelle 49 stellt die Ergebnisse zu **Angstpatienten** dar. Im Rahmen von Completer-Analysen, die alle Angstpatienten erfassten, wurden im GSI hohe Effektstärken ermittelt (Lange (2009): GSI $d=1,12$; vorliegende Studie: GSI $d=1,25$). In den AKV-Bogen fand Lange (2009) ebenfalls hohe Effekte (ACQ $d=1,14$, BSQ $d=1,06$, MI-A $d=0,92$, MI-B $d=0,82$), die vorliegende Arbeit zum einen mittlere (ACQ $d=0,70$) und zum anderen hohe Effektstärken (BSQ $d=1,08$, MI-A $d=1,41$, MI-B $d=0,91$). Darüber hinaus lassen sich die Ergebnisse von Completer-Studien über Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert vergleichen. Es wurden auf der SCL-90 Skala Phobische Angst hohe Effektstärken gefunden Jahresbericht (Universität Koblenz-Landau: PH $d=1,65$; vorliegende Studie: PH $d=1,52$).

Des Weiteren sollen die Angaben zur klinischen und statistischen Verbesserung mit den vorliegenden Daten verglichen werden. Lange (2009) fand in der oben genannten Diplomarbeit an der Universität Münster bei 73% der Patienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung. In der vorliegenden Arbeit konnte dieses Kriterium bei 66,1% der Patienten erreicht werden. Da Daten zu klinischer und statistischer Signifikanz lediglich für die Completer-Stichprobe erhoben wurden, ist ein Vergleich mit den Ergebnissen aus dem Jahresbericht der Universität Mainz nicht zulässig. Darüber hinaus sollen die störungsspezifischen Analysen mit den Ergebnissen aus Effectiveness-Studien verglichen werden. Schindler und Hiller (2010) fanden in ihrer Completer-Analyse über depressive Patienten mit pathologischem Ausgangswert bei 45,4% der 174 Patienten eine statistische Verbesserung im BDI und bei 40,8% der 172 Patienten eine statistische Änderung im GSI. In der vorliegenden Arbeit wurde eine statistische Verbesserung bei depressiven Patienten im BDI bei 77,9% und beim GSI bei 82,6% der Patienten

ermittelt. Eine sowohl klinische als auch statistische Verbesserung der Patienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI konnte bei 61,7% der depressiven Patienten, 71,6% der Angstpatienten, 69,9% der Patienten mit sozialer Phobie und 57,1% der Zwangspatienten erreicht werden. Im Vergleich zu den oben erwähnten 73% an Verbesserungen in der Gesamtstichprobe von Lange (2009) fällt auf, dass lediglich die Angstpatienten sowie die Patienten mit sozialer Phobie eine vergleichbare Rate erreichten (71,6% bzw. 69,6%). Insbesondere bei Zwangspatienten fiel die Rate an klinischen und statistischen Verbesserungen geringer aus (57,1%).

Es lässt sich daher zusammenfassen, dass die in der vorliegenden Studie ermittelten Effektstärken und Ergebnisse zu klinischer und statistischer Signifikanz der Gesamtstichprobe durchaus mit denen anderer psychotherapeutischer Ambulanzen vergleichbar sind. Eine Ausnahme bildet die lediglich mittlere Effektstärke der Angstpatienten im ACQ. Die störungsspezifischen Analysen von klinischer und statistischer Signifikanz fanden eine geringere Rate an Verbesserung als in vergleichbaren Effectiveness-Studien.

Tabelle 47: Stichprobenwerte und Effektstärken der Gesamtstichprobe im GSI und BDI, Vergleich vorliegende Studie mit Effectiveness-Studien

	Art der Studie	Path. Ausgangswert	GSI					BDI				
			n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke
Lange (2009)	Completer	Gesamtstichprobe	345	0,91 (0,53)	0,45 (0,37)	17,55**	1,03	340	15,57 (8,78)	7,29 (6,85)	18,22**	1,06
		$63 \leq T < 70$	104	1,15 (0,25)	0,55 (0,38)	-	1,91	-	-	-	-	-
	Intention-to-treat	$T \geq 70$	49	1,80 (0,31)	0,72 (0,52)	-	2,58	-	-	-	-	-
		Gesamtstichprobe	533	0,91 (0,55)	0,58 (0,47)	16,29**	0,64	-	-	-	-	-
Jahresbericht Universität Koblenz-Landau	Completer	$T \geq 63$	237	1,38 (0,44)	0,81 (0,56)	-	1,13	-	-	-	-	-
		$T \geq 63$	86	1,41 (0,42)	0,87 (0,58)	8,28**	1,29	-	-	-	-	-
	Intention-to-treat	Gesamtstichprobe	607 (Prä) 249 (Post)	0,91 (0,60)	0,55 (0,47)	- **	0,68	-	-	-	-	-
		Gesamtstichprobe	513	1,10 (0,63)	0,57 (0,52)	20,77**	0,92	500	17,91 (9,75)	8,81 (8,62)	21,11**	0,94
Vorliegende Studie	Completer	$GSI T \geq 63$	298	1,51 (0,48)	0,74 (0,56)	22,84**	1,32	251	25,85 (6,40)	12,10 (9,50)	22,17**	1,40
		$BDI RW \geq 18$	709	1,13 (0,64)	0,74 (0,63)	18,71**	0,70	692	18,08 (9,96)	11,51 (10,15)	18,91**	0,72
	Intention-to-treat	Gesamtstichprobe	423	1,53 (0,50)	0,99 (0,67)	18,54**	0,90	339	26,31 (6,78)	16,13 (11,33)	18,05**	0,98
		$BDI RW \geq 18$										

Anmerkungen: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$

Tabelle 48: Stichprobenwerte und Effektstärken der depressiven Patienten im GSI, BDI und auf der SCL-90-R Skala Depression, Vergleich vorliegende Studie mit Effectiveness-Studien

Art der Studie	Path. Ausgangswert	GSI					BDI					SCL-90-R Skala Depression				
		n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke
Jahresbericht Universität Mainz	Intention-to-treat	-	-	-	-	-	86	24,4 (7,6)	13,9 (9,6)	10,06**	1,22	-	-	-	-	-
Lange (2009)	Completer	146	1,02 (0,51)	0,50 (0,42)	-	1,12	146	18,01 (8,58)	8,05 (7,78)	13,40**	1,22	-	-	-	-	-
Jahresbericht Universität Koblenz-Landau	Completer	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	68	1,98 (0,61)	1,20 (0,84)	6,83**	1,26
Schindler & Hiller (2010)	Completer	172	1,27 (0,53)	0,80 (0,66)	12,75**	0,79	174	24,5 (7,3)	13,3 (11,1)	14,67**	1,22	-	-	-	-	-
	Intention-to-treat	227	1,32 (0,55)	0,89 (0,69)	12,04**	0,69	229	25,2 (7,7)	15,3 (11,6)	14,64**	1,03	-	-	-	-	-
Vorliegende Studie	Completer	205	1,31 (0,62)	0,69 (0,54)	14,75**	1,03	200	22,24 (9,58)	11,05 (8,94)	15,24**	1,07	205	23,28 (10,41)	11,63 (9,54)	14,79**	1,03
	SCL T ≥ 63 BDI > 18	149	1,57 (0,50)	0,78 (0,58)	16,73**	1,35	136	27,23 (6,84)	12,73 (9,60)	17,07**	1,46	161	27,27 (7,66)	12,87 (9,75)	17,32**	1,36

Anmerkungen: * p<0,05; ** p<0,01

Tabelle 49: Stichprobenwerte und Effektstärken der Angstpatienten im GSI, den AKV-Bogen und auf der SCL-90-R Skala Phobische Angst, Vergleich vorliegende Studie mit Effectiveness-Studien

	Art der Studie	Path. Ausgangswert	GSI					AKV-Bogen					SCL-90-R Skala Phobische Angst					
			n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	Bogen	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke
Jahresbericht Universität Mainz	Intention-to-treat	ja	-	-	-	-	-	ACQ	17	2,30 (0,69)	2,04 (0,59)	1,53	0,41	-	-	-	-	-
								BSQ	15	3,04 (0,48)	2,44 (0,66)	2,82*	1,05					
								MI-A	18	3,26 (0,92)	2,66 (1,17)	3,11**	0,57					
								MI-B	17	2,49 (0,71)	2,07 (0,95)	2,56*	0,51					
Lange (2009)	Completer	Gesamtstichprobe	35	0,80 (0,44)	0,41 (0,34)	-	1,12	ACQ	35	1,99 (0,49)	1,45 (0,39)	5,05**	1,14	-	-	-	-	-
								BSQ	35	2,52 (0,56)	1,83 (0,61)	5,68**	1,06					
								MI-A	35	1,99 (0,70)	1,44 (0,49)	4,34**	0,92					
								MI-B	35	1,67 (0,56)	1,27 (0,40)	3,97**	0,82					
Jahresbericht Universität Koblenz-Landau	Completer	T ≥ 63	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	9	1,87 (0,83)	0,50 (0,53)	5,21**	1,65	

Fortsetzung Tabelle 49

	Art der Studie	Path. Ausgangswert	GSI				AKV-Bogen				SCL-90-R Skala Phobische Angst							
			n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	Bogen	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke	n	M Prä (SD)	M Post (SD)	t-Wert	Effektstärke
Vorliegende Studie	Completer	Gesamtstichprobe	150	1,24 (0,65)	0,56 (0,53)	15,38 **	1,25	ACQ	115	2,08 (0,59)	1,55 (0,57)	7,61 **	0,70	150	11,67 (7,55)	3,54 (5,10)	14,98 **	1,22
								BSQ	97	2,78 (0,63)	1,93 (0,77)	10,71 **	1,08					
								MI-A	108	2,82 (0,97)	1,64 (0,70)	14,75 **	1,41					
								MI-B	108	2,11 (0,81)	1,38 (0,69)	9,52 **	0,91					
		SCL T ≥ 63 BDI ≥ 18 ACQ > 1,58 BSQ > 2,09 MIA > 1,80 MIB > 1,44	102	1,56 (0,53)	0,69 (0,54)	17,27 **	1,70	ACQ	87	2,30 (0,49)	1,63 (0,62)	8,10 **	0,86	117	14,31 (6,38)	4,41 (5,46)	16,59 **	1,52
								BSQ	82	2,95 (0,50)	2,01 (0,79)	11,20 **	1,23					
							MI-A	87	3,13 (0,79)	1,74 (0,74)	16,50 **	1,74						
							MI-B	82	2,39 (0,73)	1,46 (0,77)	10,40 **	1,14						

Anmerkungen: * p < .05; ** p < .01

8. Diskussion

Die Wirksamkeit von Psychotherapien konnte im Rahmen von RCT-Studien belegt werden (vgl. z.B. Übersichtsarbeit von Grawe, 1992; Übersichtsarbeit von Hollon & Beck, 2004). Neuere Studien (z.B. Schindler & Hiller, 2010) zeigten darüber hinaus die Wirksamkeit von Psychotherapie im klinischen Alltag. Die vorliegende Arbeit untersuchte die klinische Brauchbarkeit von ambulanten Psychotherapien in der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig im Zeitraum der Jahre 2000 bis Anfang 2010. Zunächst sollen die in dieser Arbeit gefundenen Ergebnisse präsentiert werden. Anschließend soll auf die Grenzen der Studie eingegangen sowie ein Ausblick gegeben werden.

8.1 Zusammenfassung und Interpretation der Ergebnisse

8.1.1 Allgemeine Ergebnisqualität

Im Rahmen der ersten Hypothese wurde angenommen, dass die Therapien der Gesamtstichprobe klinisch brauchbar sind, d.h., dass sowohl hohe Effektstärken als auch befriedigende klinische und statistische Signifikanzen erreicht werden. Des Weiteren wurde erwartet, dass die Rate an Verschlechterungen unter 10% liegt. Außerdem wurde von einer Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs ausgegangen. In Bezug auf die Intention-to-treat Analysen wurden mittlere bis hohe Effektstärken erwartet (vgl. Kapitel 5.1).

Die z-Wert Profile gaben erste Hinweise auf einen **Therapieerfolg**, da im Rahmen der Therapie in der Gesamtstichprobe eine deutliche Reduktion der Werte in der SCL-90 und im BDI erreicht werden konnte. Die Post-Werte waren als deutlich zur Normstichprobe zugehörig zu interpretieren, wohingegen die Prä-Werte sich stark erhöht zeigten. Darüber hinaus zeigten sich die statistischen Unterschiede zwischen den Werten zum Prä- und Postzeitpunkt hoch signifikant. In der Unterstichprobe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert fielen sowohl die z-Werte zum Prä- als auch die zum Post-Zeitpunkt signifikant höher aus. Die Werte auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI blieben auch nach der Therapie leicht erhöht, die Symptombelastung war daher höher. Daher lässt sich feststellen, dass die

Therapieeffekte in der Unterstichprobe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert zwar in dieser Studie höher als die der Gesamtstichprobe ausfielen, die Symptombelastung jedoch auch nach Therapieende noch deutlich erhöht war.

Die erzielten Effektstärken der Gesamtstichprobe fielen mittelhoch bis hoch aus, wobei die Effektstärken im GSI und BDI sogar hoch ausfielen. Die Effektstärken der Patienten mit pathologischem Ausgangswert fielen ausnahmslos hoch aus. Darüber hinaus konnte in der Gesamtstichprobe bei 38,2% (GSI) bzw. 32,2 % (BDI) eine sowohl klinische als auch statistische Besserung erzielt werden. In der Untergruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert lagen die Anteile bei 66,1% bzw. 71,3%. Die Raten an Verschlechterungen lagen deutlich unter 10%. In Bezug auf den Therapieerfolg lässt sich daher sagen, dass die Hypothese Bestätigung fand. Es ist darauf hinzuweisen, dass auf den Unterskalen der SCL-90 teilweise lediglich mittelhohe Effektstärken erzielt werden konnten. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass störungsspezifischen Skalen nicht alle Patienten erhöhte Ausgangswerte aufweisen und eine Verbesserung daher nicht möglich ist. Betrachtet man hingegen lediglich die Patienten, die auf dieser Skala einen pathologischen Ausgangswert aufwiesen, so konnten hohe Effektstärken erreicht werden, was die eben genannte Vermutung unterstützt. Beißner, Andor und Rist (2007) untersuchten unterschiedliche Auswertungsmöglichkeiten der SCL-90 und fanden heraus, dass hohe Effektstärken auf den Einzelskalen insbesondere dann erzielt werden konnten, wenn lediglich die zum Prä-Zeitpunkt am stärksten ausgelenkte bzw. die diagnoserelevante Skala betrachtet wurde. Diese Zusammenhänge sollten in zukünftiger Forschung genauer beleuchtet werden. Im Vergleich zu den in Kapitel 3.1 und 3.2 vorgestellten Efficacy- und Effectiveness-Studien wurden ähnlich hohe Effektstärken und vergleichbare Raten an klinischer und statistischer Signifikanz erreicht (vgl. Kapitel 7.4 und 7.5). Es ist jedoch zu beachten, dass laut Grawe (1994) Prä-Post Effektstärken im Vergleich zu Effektstärken, die im Vergleich mit Kontrollgruppen berechnet wurden, durchschnittlich um $d=0,36$ höher ausfallen (vgl. Kapitel 7.4). Die in dieser Arbeit berechneten Effektstärken zeigen sich jedoch auch nach einer Korrektur, im Rahmen derer eine Effektstärke von $d=0,36$ von den Effektstärken abgezogen wurde, noch mittelhoch bis hoch. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass nach Margraf (2009) häufig lediglich RCT-Studien mit hohen Effektstärken veröffentlicht wurden und daher die Effekte von RCT-Studien überschätzt wurden. Daher ist auf Grundlage der vorliegenden Daten von der

Übertragbarkeit von Efficacy-Studien Ergebnissen auf den klinischen Alltag auszugehen.

In Bezug auf die **Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs** konnte für fast alle Skalen und Gesamtwerke die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs belegt werden. Es zeigten sich keine Veränderungen im z-Wert Profil der Gesamtstichprobe, im Profil der Unterstichprobe mit pathologischem Ausgangswert fielen die Werte auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI zum Post- und FU-Zeitpunkt bzw. nur zum FU-Zeitpunkt leicht erhöht aus. Es ist anzumerken, dass die Post- und FU-Werte der Patienten mit pathologischem Ausgangswert sich in den meisten Skalen und Gesamtwerken signifikant von denen der Gesamtstichprobe unterschieden, da die Symptombelastung höher lag. Bei beiden Gruppen fanden sich keine statistischen Unterschiede zwischen der Post- und FU-Messung. Die Effektstärken wichen nicht signifikant von Null ab. Eine Ausnahme bildete die SCL-90 Globalskala PSDI. Auf dieser Skala zeigte sich eine Verschlechterung nach Therapieende, sowohl für die Gesamtgruppe aller Patienten als auch für die Untergruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert. Der PSDI misst die durchschnittliche psychische Belastung in Bezug auf die Items, bei denen eine Belastung angegeben wurde. Dieses Maß erscheint eher ungeeignet für die Qualitätsmessung, was ein Beispiel erläutern soll: der PSDI würde sich beispielsweise erhöhen, wenn ein Patient zu Therapiebeginn auf 20 Items eine durchschnittliche Symptombelastung von 2 aufweist („ziemlich“), nach Therapieende hingegen lediglich auf einem Item eine Belastung angibt und diese mit 3 („stark“) beurteilt. Die Erhöhung des PSDI nach Therapieende sollte daher nie unabhängig von den anderen Globalskalen GSI und PST, die beide Summenscores beinhalten, interpretiert werden. Da sowohl im GSI als auch im PST keine Verschlechterung nach Therapieende gefunden werden konnte, könnte die Erhöhung im PSDI daher bedeuten, dass auf einzelnen Skalen eine Zunahme an Beschwerden ersichtlich wurde, ohne dass dies eine globale Verschlechterung bedeutet. Die Angaben zur klinischen und statistischen Signifikanz, die explorativ untersucht wurde, zeigten Raten zwischen 2,4 bis 9,7% an Verbesserungen nach Therapieende. Dieses Ergebnis unterstützt das Konzept von Verhaltenstherapien, das davon ausgeht, dass in der Therapie Gelerntes auch nach Therapieende angewandt werden und zu einer Verbesserung führen kann. Des Weiteren ist selbstverständlich zu beachten, dass situative Veränderungen im Leben der Patienten sowohl Verbesserungen als auch Verschlechterungen bewirken können. Verschlechterungen fanden sich bei 13,6% bis

21,4% der Patienten. Es ist zu erwähnen, dass das Kriterium „klinische und/oder statistische Verschlechterung“ gewählt wurde und die Raten daher eher konservativ ausfallen. Sofern sowohl eine klinische als auch eine statistische Verschlechterung als Kriterium gewählt werden, halten sich Verbesserungen und Verschlechterungen ungefähr die Waage (vgl. A7-A10 Tabellen im Anhang). Es erscheint unbedingt notwendig, in zukünftiger Forschung die klinischen und statistischen Signifikanzen in Bezug auf die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs erneut zu untersuchen, um Vergleichswerte zur Beurteilung der eigenen Ergebnisse zu erhalten. Darüber hinaus fanden sich in den vorliegenden Daten Hinweise darauf, dass in der Untergruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert sowohl die Raten an Verbesserungen als auch an Verschlechterungen im Vergleich zur Gesamtstichprobe leicht erhöht zu sein scheinen, was ebenfalls genauer beleuchtet werden sollte.

Im Rahmen der **Intention-to-treat Analysen** konnten mittlere bis hohe Effektstärken für die Gesamtstichprobe erzielt werden. Wie erwartet fielen die Effektstärken geringer als in den Completer-Analysen aus und zeigten sich mit denen anderer Effectiveness-Studien vergleichbar (vgl. Kapitel 7.5).

Insgesamt lassen sich die gefundenen Effekte durchaus mit denen von Efficacy und Effectiveness-Studien vergleichen (vgl. Kapitel 7.4 und 7.5), was sowohl für einen Therapieerfolg als auch für die Übertragbarkeit der Ergebnisse von RCT-Studien auf den klinischen Alltag spricht.

8.1.2 Störungsspezifische Ergebnisqualität

Im Rahmen der 2. Hypothese wurden für alle Störungsgruppen ebenfalls hohe Effektstärken sowie ein statistischer Unterschied zwischen dem Prä- und Postmesszeitpunkt erwartet. Darüber hinaus wurde angenommen, dass die klinischen und statistischen Signifikanzen mit denen anderer Effectiveness-Studien vergleichbar sind. Des Weiteren wurde von der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs ausgegangen, die sich in Effektstärken um Null und im fehlenden statistischen Unterschied zwischen der Post- und FU-Messung zeigen sollte. Die klinischen und statistischen Signifikanzen in Bezug auf die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs sollten explorativ untersucht werden (vgl. Kapitel 5.2).

Zunächst einmal lässt sich feststellen, dass die z-Wert Profile der Gesamtgruppen aller Störungsgruppen auf einen **Therapieerfolg** hinweisen. In den Untergruppen der

Patienten mit pathologischem Ausgangswert fielen die z-Werte zum Post-Zeitpunkt in mehreren Fällen leicht erhöht aus. Es zeigten sich durchgängig statistische Unterschiede zwischen der Prä- und Postmessung. Die Effektstärken aller Patientengruppen auf allen Skalen und Gesamtwerken zeigten sich hoch. Die einzige Ausnahme bildete erneut der ACQ. Über alle Angstpatienten hinweg konnte lediglich eine mittelhohe Effektstärke ($d=0,7$) erreicht werden.

Die klinischen und statistischen Signifikanzen wurden aus Mangel an störungsspezifischen Vergleichswerten größtenteils mit denen der Gesamtstichproben anderer Effectiveness-Studien verglichen (vgl. Kapitel 7.5). Für die Untergruppe der *depressiven Patienten* liegen Vergleichswerte von Schindler & Hiller (2010) vor. Die in der vorliegenden Studien erzielte Rate an Verbesserung lag deutlich höher (77,9% vs. 45,4% im BDI und 82,6% vs. 40,8% im GSI). Bereits Lange (2009) berichtete deutliche Unterschiede zwischen ihren eigenen Ergebnissen und den Ergebnissen von Hiller, Bleichhardt und Schindler (2009), die ebenso wie Schindler und Hiller (2010) auf Datensätze der Poliklinischen Institutsambulanz der Johannes Gutenberg Universität Mainz zurückgriffen. Sie vermutete, dass eine unterschiedliche Diagnoseverteilung und eine höhere Rücklaufquote sowie Ausgangsbelastung der Patienten aus der Mainzer Institutsambulanz diese Differenz erklären. Da Schindler und Hiller (2010) nur depressive Patienten untersuchten, ist diese Erklärung nicht zulässig. Die Ausgangsbelastung der Completer-Stichprobe lag in der vorliegenden Studie sogar höher als bei Schindler und Hiller, Angaben zu Rücklaufquoten lagen in letzterer Studie nicht vor. Daher ist die Erklärung der Differenzen bisher nicht gelungen, weitere Forschung nach erklärenden Faktoren erscheint wünschenswert. Im Vergleich mit Lange (2009) fällt auf, dass lediglich die *Angstpatienten* sowie die *Patienten mit sozialer Phobie* eine vergleichbare Rate erreichten. Insbesondere bei *Zwangspatienten* fiel die Rate an klinischen und statistischen Verbesserungen geringer aus. Es ist in diesem Zusammenhang jedoch zu erwähnen, dass sich lediglich die Ergebnisse im GSI mit anderen Effectiveness-Studien vergleichen ließen. Auf störungsspezifischen Skalen wurde teilweise ein höherer Anteil an Verbesserungen erzielt (z.B. BDI für depressive Patienten 69,9% vs. 61,7% im GSI; vgl. Kapitel 7.2). Der Einsatz störungsspezifischer Instrumente für Zwangspatienten erscheint daher zukünftig notwendig. Bei den Angstpatienten wurde erneut die geringe Rate an Verbesserungen im ACQ ersichtlich. Die Rate an klinischen und statistischen Verschlechterungen lag bei allen

Störungsgruppen unter 5% und ist daher als gering zu bewerten. Insgesamt konnte der Therapieerfolg hypothesenkonform belegt werden.

Die **Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs** zeigte sich bei den *depressiven Patienten* sowie den *Zwangspatienten* im z-Wert Profil sowie im fehlenden statistischen Unterschied zwischen der Post- und FU-Messung und in Effektstärken um Null. Bei den *Angstpatienten* kam es sogar zu einer Verbesserung der Gruppe aller Angstpatienten im ACQ sowie der Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI. Die Effektstärken wichen signifikant von Null ab, ohne dass sich ein statistischer Unterschied zwischen den Messzeitpunkten fand. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu beachten, dass die Verbesserung im ACQ darauf hinweist, dass sich die angstbezogenen Kognitionen der Patienten anscheinend zwar nicht im Rahmen der Therapie, jedoch nach Therapieende verbessern, was sich dadurch erklären lässt, dass die Änderung von Kognitionen anscheinend mehr Zeit benötigt. Trotzdem sollten die Prä-Post Ergebnisse im ACQ Anlass dafür sein, zukünftig den Fokus in Angsttherapien stärker auf angstbezogene Kognitionen zu setzen. Bei den Patienten mit *sozialer Phobie* kam es sowohl für die Gruppe aller Patienten als auch für die Untergruppe der Patienten mit pathologischem Ausgangswert zu einer Verschlechterung des psychischen Allgemeinzustandes (GSI), was sich darin zeigte, dass die Effektstärken signifikant nach unten von Null abwichen. Ein statistischer Unterschied zwischen den Messzeitpunkten fand sich nicht. Der Wilcoxon-Test zeigte jedoch einen statistischen Unterschied für die Gesamtgruppe der Patienten mit sozialer Phobie im BDI. Dies bedeutet, die Patienten wiesen nach Therapieende mehr depressive Symptome auf. Der T-Test blieb unauffällig, was sich durch die Linksschiefe der Verteilung der Testwerte erklären lässt.

Die klinischen und statistischen Signifikanzen sollten explorativ untersucht werden. Es zeigten sich Raten, die in etwa mit denen der in dieser Arbeit berechneten Werte für die Gesamtstichprobe übereinstimmen. Es zeigte sich eine größere Spannbreite (z.B. Verschlechterungen bei 0-29,4%), was sich jedoch durch den geringeren Stichprobenumfang erklären lässt. Zukünftige Studien sollten die klinischen und statistischen Signifikanzen der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs von Störungsgruppen untersuchen. Insgesamt lässt sich sagen, dass sich die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs auch für die einzelnen Störungsgruppen zeigte.

8.1.3 Einfluss von soziodemografischen Daten und Therapiedaten auf den Therapieerfolg und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

Im Rahmen der 3. Hypothese wurde aufgrund der in Kapitel 3.3 dargestellten Ergebnisse in Bezug auf das Alter und das Geschlecht davon ausgegangen, keine Zusammenhänge zum Therapieerfolg oder der Aufrechterhaltung des Erfolgs zu finden. Die Variablen Berufstatus, Kinderanzahl, Familienstand und Ausbildung sollten explorativ untersucht werden. In Bezug auf die Therapiestundenanzahl wurde angenommen, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen Anzahl der Therapiestunden sowie der Therapiedauer und dem Therapieerfolg gibt. Der Zusammenhang zwischen der Anzahl der Therapiestunden bzw. der Therapiedauer und der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs sollte explorativ untersucht werden. Des Weiteren sollten die Zusammenhänge zwischen dem Jahr der Prä-Messung und der Diagnoseanzahl mit dem Therapieerfolg explorativ untersucht werden.

Es fand sich ein leichter Zusammenhang zwischen dem **Patientenalter** und dem Therapieerfolg im GSI. Dies weist darauf hin, dass sich die psychische Belastung älterer Patienten weniger im Rahmen der Therapie verringern lässt als die jüngerer Patienten. Dieser Zusammenhang fiel jedoch sehr gering aus und sollte in zukünftigen Studien genauer untersucht werden, um gegebenenfalls zugrunde liegende Faktoren identifizieren zu können.

Das **Geschlecht** der Patienten zeigte, wie angenommen, keinen Einfluss auf den Therapieerfolg oder die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs. Kliemt (2007) untersuchte im Rahmen ihrer Diplomarbeit anhand eines älteren Datensatzes der Psychotherapieambulanz Braunschweig den Einfluss des Patientengeschlechts auf den Therapieerfolgs im GSI und BDI und fand überlegene Effektstärken der Frauen. Es könnte daher interessant sein, die Analyse des Einflusses des Geschlechts in zukünftigen Studien mit einzuschließen.

In Bezug auf den **Berufstatus** zeigte sich ein höherer Therapieeffekt im GSI bei Angestellten/Beamten im Vergleich zu Rentnern. Dies könnte sich beispielsweise durch den protektiven Einfluss von Arbeit oder auch das Patientenalter erklären. Darüber hinaus zeigten sich im BDI signifikant höhere Therapieeffekte bei Angestellten/Beamten als bei Rentnern und als bei Erwerbsunfähigen. Des Weiteren waren die Therapieeffekte von Patienten, die sich in Ausbildung oder Umschulung befanden, höher als die von Erwerbsunfähigen. Auch diese Ergebnisse könnten sich

durch die unterschiedlichen Lebensumstände der Patientengruppen erklären lassen. Es ist jedoch zu beachten, dass sich beim BDI zum Prä-Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen den Ausgangswerten der unterschiedlichen Berufsgruppen zeigten, die einen Einfluss auf die Höhen der Effektstärken sowie die Interpretation von Effekten haben. Es erscheint daher ratsam, in zukünftiger Forschung alternative Auswertungsmethoden mit einzubeziehen, die das Ausgangsniveau bei Gruppenunterschieden berücksichtigen. Diese Einschränkung sollte auch bei der Interpretation des Unterschieds in der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs von Facharbeitern/Arbeitern im Vergleich zu Angestellten/Beamten Beachtung finden, da die Facharbeiter/Arbeiter einen signifikant höheren Mittelwert zum Post-Zeitpunkt aufwiesen.

Es fanden sich keine Einflüsse der **Kinderanzahl** oder des **Familienstandes** auf den Therapieerfolg oder die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs. In Bezug auf die **Ausbildung** der Patienten fand sich eine geringe Korrelation zum Therapieerfolg. Ein höherer Bildungsgrad scheint mit einem besseren Therapieerfolg einherzugehen. Dies könnte sich möglicherweise durch ein besseres kognitives Verständnis der Therapieinhalte erklären lassen. Der Zusammenhang von Bildung und Therapieerfolg sollte in zukünftiger Forschung detaillierter untersucht werden, um gegebenenfalls Schlüsse für die Gestaltung von Psychotherapien ziehen zu können, zum Beispiel, ob Therapieinhalt für Patienten mit geringerer Bildung auf andere Art und Weise dargestellt werden sollten.

Die **Anzahl der Therapiestunden** zeigte sowohl im GSI als auch im BDI einen geringen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg. Dieses Ergebnis deckt sich mit denen von Howard, Kopta, Krause und Orlinsky (1986) sowie Anderson und Lambert (2001), vgl. Kapitel 3.3. Die Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen scheint unabhängig von der Therapiestundenanzahl zu sein. Darüber hinaus zeigte sich ein geringer Zusammenhang zwischen der **Therapiedauer** und der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs im BDI. Eine längere Therapie scheint zu einer verminderten Aufrechterhaltung des Erfolgs zu führen, was sich anhand der vorliegenden Datengrundlage nicht erklären lässt. Es zeigte sich kein Zusammenhang zum Therapieerfolg. Differenziertere Zusammenhänge, z.B. Deckeneffekte, wurden im Rahmen der vorliegenden Studie nicht untersucht, könnten aber von Interesse für weitere Forschung sein.

In Bezug auf die **Jahre der Prä-Messung** lässt sich zunächst feststellen, dass durchgängig mittelhohe bis hohe Effektstärken erreicht wurden. Die Effektstärken der

Jahre 2006 und 2002 unterschieden sich jeweils signifikant von der des Jahres 2001. Diese Differenzen ließen sich nicht durch inhaltliche Begründungen (Umzug der Ambulanz, Therapeutenwechsel o.ä.) erklären. Auffällig ist jedoch erneut, dass sich die Ausgangswerte stark voneinander unterschieden, die Jahre 2001 und 2006 sogar hoch signifikant ($p < .001$). Es könnte interessant sein, in einer zukünftigen Studie der Psychotherapieambulanz erklärende Variablen zu erforschen. Die Unterschiede zwischen den Jahren in Bezug auf die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs wurden im Einzelvergleich nicht signifikant.

Des Weiteren zeigte sich eine geringe positive Korrelation zwischen dem Therapieerfolg und der **Anzahl der F-Diagnosen**. Dies bedeutet, eine höhere Anzahl an F-Diagnosen führte tendenziell zu einem besseren Therapieerfolg. Dies ist zunächst sehr erfreulich, da komorbide Patienten in der ambulanten Praxis häufig anzutreffen sind. Auch dieser Zusammenhang sollte genauer untersucht werden, um herauszufinden, wodurch sich dieses Ergebnis erklären lässt.

8.2 Grenzen und Einschränkungen der Studie

Einige Einschränkungen ergaben sich durch die vorliegende Stichprobe bzw. die Art und Weise der Datenerhebung. Zunächst soll darauf hingewiesen werden, dass von den 519 Patienten, die ihre Therapie in der Psychotherapieambulanz Braunschweig beendeten, lediglich 179 FU-Messungen vorlagen. Sofern man die 54 Patienten, die ihre Post-Messung zu einem späten Zeitpunkt hatten, so dass die FU-Messung nicht mehr in den beobachteten Zeitraum fiel und daher gar nicht erfolgen konnte, ausschließt, so lag der Rücklauf bei 38,4%. Dies ist als eher gering zu bewerten, systematische Verzerrungen sind nicht auszuschließen. Beispielsweise unterschieden sich die Post-Werte im BDI aller Patienten, die die Therapie beendeten, von den Post-Werten der Personen, die eine FU-Messung absolvierten, signifikant (z.B. Mittelwert BDI= 8,81 vs. 7,36). Dies weist darauf hin, dass Patienten mit einem besseren Post-Ergebnis eher dazu bereit sind, an der freiwilligen FU-Messung teilzunehmen, eventuell aufgrund der höheren Zufriedenheit mit der Therapie oder des gefestigteren psychischen Zustandes. Dies könnte zu einer Verzerrung der FU-Messung führen. Eine höhere Rücklaufquote ist daher unbedingt zukünftig anzustreben. In der Psychotherapieambulanz Braunschweig wird die Verschickung der Unterlagen seit 2009 zentral koordiniert, darüber hinaus wurden Patienten, von denen keine Rückmeldung erfolgte, von

studentischen Hilfskräften kontaktiert. Die Rücklaufquote konnte deutlich erhöht werden, während sie 2007 und 2008 noch bei 29,6 bzw. 25,7% lag, konnten im Jahr 2009 63,5% erzielt werden.

Des Weiteren ist als Einschränkung dieser Studie das Fehlen einer Kontrollgruppe zu bewerten, da diese notwendig ist, um eindeutig festzustellen, auf welche Intervention bzw. andere Variable der gefundene Effekt zurückzuführen ist (Buchkremer & Klingberg, 2001). Reguläre Kontrollgruppen, die über einen ähnlich langen Zeitraum wie die Interventionsgruppe beobachtet werden oder gar unspezifische Interventionen beinhalten, würden einen hohen organisatorischen Aufwand bedeuten und sind darüber hinaus nur schwer ethisch vertretbar. Hiller, Bleichhardt und Schindler (2009) beispielsweise schlugen daher die Einführung von Wartelistenkontrollgruppen vor, in der testpsychologische Daten z.B. bei Anmeldung und kurz vor Therapiebeginn erhoben werden. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, dass die zweite Messung vor dem ersten Therapiegespräch stattfindet, da dieses häufig schon erste Effekte bewirkt. Über die Möglichkeit der Realisierung einer Wartelistenkontrollgruppe sollte daher im Rahmen von Qualitätssicherungsmaßnahmen nachgedacht werden.

Darüber hinaus wäre das Einführen regelmäßiger Zwischenmessungen angemessen, um Intention-to-treat Analysen durchführen zu können, ohne die Post-Werte im Rahmen einer sehr konservativen Messung durch die Prä-Werte ersetzen zu müssen. Hiller, Bleichhardt und Schindler (2009) realisierten in der Poliklinischen Institutsambulanz der Universität Mainz beispielsweise alle fünf Stunden kleinere Messungen anhand des Brief Symptom Inventorys (BSI, Franke, 2000), einer Kurzform der SCL-90-R und alle zehn Stunden eine größere Messung anhand der gleichen Fragebogen wie bei der Prä- und Post-Messung. In der Psychotherapieambulanz Braunschweig fand bisher erst nach der 20. Stunde die erste Zwischenmessung statt, von Abbrechern vor diesem Zeitpunkt lagen daher keine im Rahmen der Therapie erhobenen Daten vor.

Des Weiteren wurden aus Ökonomiegründen lediglich der Therapieerfolg und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs untersucht. Eine Analyse der Effekte vom Prä- zum FU-Messzeitpunkt, also eine Messung des längerfristigeren Therapieerfolgs, könnte darüber hinaus wichtige Erkenntnisse bringen und sollte in zukünftigen Studien mit betrachtet werden.

Außerdem ist anzumerken, dass störungsspezifische Messinstrumente standardisierter eingesetzt werden sollten. Hahlweg, Schröder, Fiegenbaum, Frank und von Witzleben (2004) berichteten beispielsweise für Patienten mit Panikstörung

und/oder Agoraphobie höhere Effektstärken auf störungsspezifischen Messinstrumenten im Vergleich zum GSI oder den Skalen der SCL-90-R. In der Psychotherapieambulanz Braunschweig unterliegt es bisher den Therapeuten, welche Fragebogen bei welcher Messung den Patienten vorgegeben werden sollen. Häufig lagen lediglich die Standarddiagnostik bzw. Papier-Versionen von störungsspezifischen Fragebogen in den Akten vor, die nicht standardisiert in Datensätze überführt wurden. Leitlinien, welche störungsspezifischen Fragebogen Verwendung finden sollen, bzw. die strukturiere Datensammlung von Papier-Versionen oder die Bereitstellung von mehr störungsspezifischen Fragebogen in der computergestützten Diagnostik könnten diese Einschränkung aufheben. Darüber hinaus ist anzumerken, dass lediglich Selbstbeurteilungsinstrumente im Rahmen der vorliegenden Studie Verwendung fanden. Diese unterliegen möglicherweise stärkerer Verzerrung als die Bewertung durch die Therapeuten oder gar die unabhängiger Fremdbeurteiler. Der Einsatz von Fremdurteilen in Form von Interviews oder Fragebogen könnte daher zusätzlich sinnvoll sein. Des Weiteren erscheint die zusätzliche Analyse eines direkten Veränderungsmaßes, z.B. die Beurteilung des globalen Behandlungserfolgs durch den Patienten, erstrebenswert.

8.3 Ausblick

Die klinische Brauchbarkeit der ambulanten Psychotherapie in der Psychotherapieambulanz Braunschweig konnte im Rahmen der vorliegenden Studie belegt werden. Diese Studie erbrachte daher einen weiteren Beleg für die Wirksamkeit kognitiver Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen und die Übertragbarkeit der Ergebnisse von RCT-Studien auf den klinischen Alltag. Darüber hinaus belegte sie die Aufrechterhaltung der Therapieerfolge. Es ist wünschenswert, dass zukünftig weitere Effectiveness-Studien diese Ergebnisse stützen.

Im Rahmen dieser Studie konnten Implikationen für die Qualitätssicherung in der Psychotherapieambulanz Braunschweig abgeleitet werden. Weiterführende Maßnahmen zur Erhöhung der FU-Rückläufe, die Verwendung störungsspezifischer Diagnostik sowie von Fremdbeurteilungsmaßen und die Erfassung indirekter Veränderungsmessung erscheinen wünschenswert. Außerdem könnte die Einführung einer Wartelistenkontrollgruppe und regelmäßigerer Zwischenmessungen wichtige Daten hervorbringen, auf deren Grundlage zukünftige Forschung zur Qualitätssicherung noch präzisere Aussagen treffen könnte (vgl. Kap. 8.2).

Darüber hinaus konnten Ansätze für zukünftige Forschung gefunden werden. Zum einen sollte die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs im Rahmen von Effectiveness-Studien detaillierter untersucht werden, auch durch andere psychotherapeutische Ambulanzen und unter der Bedingung Prä bis FU-Messung. Insbesondere die Analyse klinischer und statistischer Signifikanzen bedarf stärkerer Forschung, beispielsweise auch für den Vergleich mit den Daten der vorliegenden Studie, die mangels Vergleichswerten explorativ untersucht wurden. Im Rahmen der Forschung zur Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen könnten darüber hinaus situative Faktoren, die möglicherweise einen Einfluss auf die Entwicklung nach Therapieende haben, erfasst werden.

Zum Verständnis des Zusammenhangs zwischen soziodemografischen Daten und Therapiedaten mit dem Therapieerfolg bzw. der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs könnten weitere Studien beitragen. Wie in Kapitel 8.1.3 erwähnt, sollten in diesem Zusammenhang statistische Methoden gewählt werden, die die Ausgangswerte der einzelnen Gruppen berücksichtigen. Des Weiteren könnte es sein, dass nicht einzelne, sondern die Interaktion mehrerer Faktoren einen Einfluss zeigt, was in zukünftigen Studien untersucht werden sollte.

Literatur

- Abramowitz, J. S. (1996). Variants of exposure and response prevention in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 27, 583-600.
- Abramowitz, J. S. (1998). Does cognitive-behavioral therapy cure obsessive-compulsive disorder? A meta-analytic evaluation of clinical significance. *Behavior Therapy*, 29, 339-355.
- Anderson, E. M. & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503-514.
- Bakker, A., van Balkom, A., Spinhoven, P., Blaauw, B. & van Dyck, R. (1998). Follow-Up on the treatment of panic disorder with or without agoraphobia: A quantitative review. *The Journal of Nervous & Mental Disease*, 186, 414-419.
- Barlow, D. H., & Lehmann, C. L. (1996). Advances in the psychosocial treatment of anxiety disorders. *Archives of General Psychiatrie*, 53, 727-735.
- Bassler (2003). Evidenz-basierte Medizin. In G. Antes, D. Bassler & J. Forster (Hrsg.), *Evidenz-basierte Medizin* (S. 12-46). Stuttgart: Georg Thieme Verlag.
- Beißner, J., Andor, T. & Rist, F. (2007). *Effekte ambulanter Psychotherapie – eine Vergleich verschiedener Auswertungsmöglichkeiten der SCL-90-R*. Poster präsentiert auf der Fachgruppentagung der Fachgruppe Klinische Psychologie der DGPs, Tübingen.
- Bond, C. (Hrsg.). (2000). *An introduction to pharmacy research*. London: Pharmaceutical Press.
- BPI Service GmbH (Hrsg.). (2006). *Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)*. Frankfurt am Main: Christine Lietz (Redaktion).
- Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? Zur Diskussion um Leitlinien für die Psychotherapieforschung. *Nervenarzt*, 72, 20-30.
- Burns, D. D., & Nolen-Hoeksema, S. (1992) Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive behavioral therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- Chambless, D. L., & Gilles, M. M. (1993). Cognitive therapy for anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 248-260.
- Christensen, H., Hadzi-Pavlovic, D., Andrews, G. & Mattick, R. (1987). Behavior therapy and tricyclic medication in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A qualitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 701-711.

- Clark, D. M., Salkovskis, P. M., Hackmann, A., Middleton, H., Anastasiades, P. & Gelder, M. (1994). A comparison of cognitive therapy, applied relaxation and imipramine in the treatment of panic disorder. *British journal of Psychiatry*, 164, 759-769.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 194- 226). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Academic Press.
- DeRubeis, R. J., & Crits-Cristoph, P. (1998). Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66 (1), 37-52.
- Deutsches Institut für Normierung DIN (2000). DIN EN ISO 9000ff. Berlin: Beuth.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.). (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44 (3), 66-203.
- Ehlers, A., Margraf, J. & Chambless, D. (2001). *AKV-Fragebogen zu körperbezogenen Ängsten, Kognitionen und Vermeidung*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Fahrenberg, J., Myrtek, M., Schumacher, J., Brähler, E. (2000). *Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Farin, E. & Bengel, J. (2003). Qualitätssicherung, Evaluationsforschung und Psychotherapieforschung: Abgrenzung und Zusammenwirken. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie und Beratung. Grundlagen-Methoden-Anwendung* (S. 47-68). Göttingen: Hogrefe.
- Feske, U. & Chambless, D. L. (1995). Cognitive behavioral versus exposure only treatment for social phobia: A meta-analysis. *Behavior Therapy*, 26, 695-720.
- Feuerlein, W., Küfner, H. Ringer, C. & Antons-Volmerg, K. (1999). *Münchener Alkoholismus-Test (MALT). Manual (2., ergänzte Auflage)*. Göttingen: Beltz Test Gesellschaft.
- Franke, G. H. (2002). *SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von L.R. Derogatis*. Göttingen: Hogrefe.

- Fydrich, T. (2005). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Psychotherapie. In F. Petermann und H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 122-133). Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Nagel, A., Lutz, W. & Richter, R. (2003). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie*, 13, 291-295.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen. Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.
- Gaffan, E. A., Tsaousis, I. & Kemp-Wheeler, S. M. (1995). Researcher allegiance and meta-analysis: The case of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 966-980.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 190-228). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I.-M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Gould, R. A., Buckminster, S., Pollack, M. H., Otto, M. W., & Yap, L. (1997). Cognitive-behavioral and pharmacological treatment for social phobia: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science & Practice*, 4, 291-306.
- Gould, R. A., Otto, M. W., & Pollon, M. H. (1995). A meta-analysis of treatment outcome for panic disorder. *Clinical Psychology review*, 15, 819-844.
- Grawe, K. (1992). Diskussionsforum. Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, P. E., Stiglin, L. E., Finkelstein, S. N., & Berndt, E. R. (1993). The economic burden of depression in 1990. *Journal of Clinical Psychiatry*, 2, 32-35.
- Hahlweg, K. (1996). *Fragebogen zur Partnerschaftsdiagnostik (FPD)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hahlweg, K., Fiegenbaum, W., Frank, M., Schroeder, B & Witzleben, I. (2001). The short- and longterm effectiveness of an empirically supportet treatment for agoraphobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (3), 375-382.

- Hahlweg, K., Schröder, B., Fiegenbaum, W., Frank, M. & von Witzleben, I. (2004). Klinische Brauchbarkeit der Konfrontationstherapie für agoraphobische Patienten: Einfluss von Komorbidität und therapeutischer Erfahrung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33, 130-138.
- Hain, C, Többen, B. & Schulz, W. (2001). Evaluation einer Integrativen Gruppentherapie mit Kindern. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 50, 360-371.
- Hansen, N., Lambert, M. J., & Forman, E. M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implication for treatment delivery services. *Clinical psychology: Science and Practice*, 9, 329-343.
- Härter, M., Linster, H. W. & Stieglitz, R.-D. (2003). Grundlagen und Konzepte von Qualitätsmanagement in der Psychotherapie. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie und Beratung. Grundlagen-Methoden-Anwendung* (S. 17-46). Göttingen: Hogrefe.
- Härter, M., Stieglitz, R.-L. & Berger, M. (2009). Qualitätsmanagement in der Versorgung psychischer Erkrankungen. In M. Berger (Hrsg.), *Psychische Erkrankungen- Klinik und Therapie* (S. 1101-1117). München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H. & Keller, F. (1995). *Das Beck-Depressionsinventar*. Bern: Huber.
- Hiller, W., Bleichhardt, G., Haaf, B., Legenbauer, T., Mauer-Matzen, K. & Rübler, D. (2006). Zertifizierung einer Psychotherapeutischen Hochschulambulanz nach DIN EN ISO 9001. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35 (3), 225-233.
- Hiller, W., Bleichhardt, G. & Schindler, A. (2009). Evaluation von Psychotherapien aus der Perspektive von Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement. *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 57 (1), 7-22.
- Hoffacker, P. (1997). Qualitätssicherung im Gesundheitsbereich. In H. Spörkel, B. Ruckriegel, H. Janßen und A. Eichler (Hrsg.), *Total Quality Management im Gesundheitswesen* (S. 14-24). Weinheim: Juventa Verlag.
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (1994). Cognitive and Cognitive Behavioral Therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 428-466). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (2004). Cognitive and cognitive behavioral therapies. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 447- 492). New York: John Wiley & Sons, Inc..

- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freemann, B. B., & Gallop, R. (2005). Prevention of relapse following cognitive therapy vs medications in moderate to severe depression. *Arch Gen Psychiatry*, 62, 417-422.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.
- Jacobi, F., Hoyer, J. & Wittchen, H.-U. (2004). Seelische Gesundheit in Ost und West: Analysen auf Grundlage des Bundesgesundheitsveys. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 33 (4), 251-260.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984): Psychotherapy outcome research: methodes for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jacobson, N. S. & Truax, P. (1991). Clinical significance. A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (1), 12-19.
- Janßen (1997). Total Quality Management im Gesundheitswesen. In H. Spörkel, B. Ruckriegel, H. Janßen & A. Eichler (Hrsg.), *Total Quality Management im Gesundheitswesen* (S. 1-13). Weinheim: Juventa Verlag.
- Klepsch, R., Zaworka, W., Hand, I., Lünenschloß, K. & Jauernig, G. (1993). *Hamburger Zwangsinventar - Kurzform (HZI-K). Manual*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Kliemt, C. (2007). *Effektivität von Ausbildungstherapien. Der Einfluss therapeutischer Erfahrung auf die Wirksamkeit von Ausbildungstherapien unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Technische Universität Braunschweig.
- Kordy, H. & Gallas, C. (2007). Dokumentation und Qualitätssicherung in der Psychotherapie. In B. Strauß, F. Hohagen und F. Caspar (Hrsg.), *Lehrbuch Psychotherapie* (S. 973-998). Göttingen: Hogrefe.
- Kordy, H. & Lutz, W. (1995). Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement stationärer Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychotherapie Forum*, 3, 197-206.
- Laireiter, A.-R. (2003). Qualitätsmanagement in der Verhaltenstherapie-Praxis. In M. Härter, H. W. Linster & R.-D. Stieglitz (Hrsg.), *Qualitätsmanagement in der Psychotherapie und Beratung. Grundlagen-Methoden-Anwendung* (S. 215-239). Göttingen: Hogrefe.

- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung-Einblicke in die Werkstatt. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung- ein Werkstattbuch* (S. 17-46). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Lange, I. (2009). *Erfolg von kognitiver Verhaltenstherapie unter Routinebedingungen, im Prä-Post Vergleich*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Westfälische Wilhelms-Universität Münster.
- Lambert, M. J. & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 143-189). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 139-193). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Luborsky, L., Chandler, M., Auerbach, A. H., Cohen, J., & Bachrach, H. M. (1971). Factors influencing the outcome of psychotherapy: A review of quantitative research. *Psychological Bulletin*, 75, 145-185.
- Lueger, R. J., Lutz, W., & Howard, K. I. (2000). The predicted and observed course of psychotherapy for anxiety and mood disorders. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188, 127-134.
- Macdonald, A. J. (1994). Brief therapy in adult psychiatry. *Journal of family therapy*, 16, 415-426.
- Margraf, J. (2009). *Kosten und Nutzen der Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Margraf, J. & Schneider, S. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Nübling, R. & Schmidt, J. (1998). Qualitätssicherung in der Psychotherapie: Grundlagen, Realisierungsansätze, künftige Aufgaben. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung- ein Werkstattbuch* (S. 50-74). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy: Noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 270-376). New York: John Wiley & Sons, Inc..
- Pientka, L. (2003). Nutzen-Risiko-Bewertung der Arzneimitteltherapie. In U. Jaehde, R. Radziwill, S. Mühlebach & W. Schunack (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Pharmazie* (S. 185-192). Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

- Poliklinischen Institutsambulanz der Johannes Gutenberg Universität Mainz. (2009). *Jahresbericht 2009* (Broschüre). Mainz: Autor unbekannt.
- Psychotherapeutengesetz*. Zugriff am 04.11.2010, von <http://www.gesetze-im-internet.de/psychthg/index.html>
- Psychotherapeutische Universitätsambulanz der Universität Koblenz-Landau*. (2009). *Jahresbericht 2009* (Broschüre). Mainz: A. Schröder, J. Heider & A. Zaby.
- Psychotherapieambulanz Braunschweig. (2009). *Jahresbericht 2009* (Broschüre). Braunschweig: C. Kröger.
- Pudel, D. & Westenhöfer, J. (1989). *Fragebogen zum Eßverhalten (FEV)*. Handanweisung. Göttingen: Hogrefe.
- Raad, G. de & Fuhr, H. (1997). Die EFQM zeigt Wege zur Qualitätsverbesserung auf. *Qualitäts-Management in Klinik und Praxis*, 5, S. 4-6.
- Rief, W., Hiller, W. & Heuser, J. (1997). *SOMS - Das Screening für Somatoforme Störungen (Manual zum Fragebogen)*. Bern: Huber.
- Rosenbaum, J. H. & Hylan, T. R. (1999). Costs of depressive disorders: a review. In M. Maj & N. Sartorius (Eds.), *Depressive Disorders* (pp. 401-480). Chichester: Wiley & Sons.
- Rustenbach, S. J. (2003). *Metaanalyse: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Bern: Hans Huber Verlag.
- Schindler, A. & Hiller, W. (2010). Therapieeffekte und Responseraten bei unipolar depressiven Patienten einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (2), 107-115.
- Schulz, W. (1984). Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe.
- Schulz, W. (2000). Qualitätssicherung. In F. Stimmer (Hrsg.), *Suchtlexikon* (S. 487-493). München: Oldenbourg.
- Schulz, W., Hoyer, H. & Hahlweg, K. (1998). Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Evaluierung der Verhaltenstherapie-Ambulanz der Technischen Universität Braunschweig. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung- ein Werkstattbuch* (S. 135-156). Tübingen: DGVT-Verlag.
- Scogin, F., Floyd, M., Jamison, C., Ackerson, J., Landreville, P. & Bissonnette, L. (1996). Negative outcomes: What is the evidence on self-administered treatments? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1086-1089.

- Scogin, F. & McElreath, L. (1994). Efficacy of psychosozial treatments for geriatric depression: A quantitative review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 69-74.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy. The customer report study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Cristoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H. T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M., & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 355-365.
- Shadish, W. R., Navarro, A. M., Matt, G. E., & Phillips, G. (2000). The effects of psychological therapies under clinical representative conditions: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 126, 512-529.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, B et al. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behavior Research and Therapy*, 47, 902-909.
- Stewart, R. E. & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77 (4), 595-606.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W. & Gomes-Schwartz, M. (1977). *Psychotherapy for better or worse. The problem of negative effects*. New York: Aronson.
- Sulz, S. K. D. (2005). *Internes Qualitätsmanagement in psychotherapeutischer Praxis und Ambulanz: Etablierung, Erweiterung und Kombination mit Qualitätszirkeln*. München: CIP-Medien.
- Tammen, F. (2010). *Misserfolg in der kognitiven Verhaltenstherapie bei Depressionen und Angststörungen - Eine Feldstudie an der Psychotherapieambulanz der Technischen Universität Braunschweig*. Unveröffentlichte Bachelorarbeit, Technische Universität Braunschweig.
- Therapie- und Beratungszentrum der Georg-August-Universität Göttingen. (2009). *Jahresbericht 2007-2008* (Broschüre). Göttingen: K.-H. Ruhl.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S. & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting Psychology*, 63 (5), 688-701.
- Westerbusch (1998). *Qualitätsmanagementsysteme- Die Zertifizierung nach DIN IN ISO 9000ff*. Braunschweig/Wiesbaden: Friedr. Vieweg & Sohn Verlagsgesellschaft mbH.

- Wittchen, H.-U. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt*, 44, 993-1000.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I und II. Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.

Anhang A: Hypothese 1

Tabelle A1: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Gesamtstichprobe in der SCL-90-R und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL SOM	0,98 (0,72)	0,59 (0,56)	0,47 (0,47)	1,09	0,26
SCL ZWA	1,30 (0,78)	0,70 (0,66)	0,45 (0,47)	1,82	0,53
SCL UN	1,24 (0,85)	0,68 (0,69)	0,41 (0,49)	1,69	0,56
SCL DEP	1,43 (0,83)	0,71 (0,70)	0,44 (0,51)	1,95	0,53
SCL ÄN	1,24 (0,92)	0,59 (0,61)	0,34 (0,45)	2,01	0,56
SCL AGG	0,90 (0,76)	0,50 (0,57)	0,35 (0,47)	1,17	0,32
SCL PH	0,90 (0,96)	0,35 (0,57)	0,22 (0,38)	1,80	0,34
SCL PA	1,01 (0,85)	0,56 (0,66)	0,45 (0,54)	1,04	0,20
SCL PSY	0,68 (0,61)	0,31 (0,41)	0,22 (0,36)	1,29	0,24
SCL GSI	1,10 (0,63)	0,57 (0,52)	0,38 (0,39)	1,85	0,50
SCL PSDI	1,82 (0,56)	1,36 (0,49)	1,31 (0,47)	1,10	0,10
SCL PST	49,02 (18,52)	32,52 (21,40)	23,58 (18,81)	1,35	0,44
BDI	17,91 (9,75)	8,81 (8,62)	6,45 (5,20)	2,20	0,45

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle A2: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Patienten mit pathologischem Ausgangswert in der SCL-90-R und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL SOM	1,72 (0,56)	0,89 (0,65)	0,47 (0,47)	2,66	0,89
SCL ZWA	1,85 (0,59)	0,92 (0,71)	0,45 (0,47)	2,98	1,00
SCL UN	1,90 (0,65)	0,96 (0,75)	0,41 (0,49)	3,04	1,12
SCL DEP	1,98 (0,59)	0,92 (0,74)	0,44 (0,51)	3,02	0,94
SCL ÄN	1,78 (0,80)	0,75 (0,65)	0,34 (0,45)	3,20	0,91
SCL AGG	1,65 (0,62)	0,78 (0,67)	0,35 (0,47)	2,77	0,91
SCL PH	1,71 (0,86)	0,59 (0,70)	0,22 (0,38)	3,92	0,97
SCL PA	1,90 (0,65)	0,89 (0,76)	0,45 (0,54)	2,69	0,81
SCL PSY	1,23 (0,53)	0,47 (0,49)	0,22 (0,36)	2,81	0,69
SCL GSI	1,51 (0,48)	0,74 (0,56)	0,38 (0,39)	2,90	0,92
SCL PSDI	2,34 (0,41)	1,51 (0,61)	1,31 (0,47)	2,19	0,43
SCL PST	63,34 (9,18)	40,98 (20,56)	23,58 (18,81)	2,11	0,93
BDI	25,85 (6,40)	12,10 (9,50)	6,45 (5,20)	3,73	1,09

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle A3: Klinische und statistische Signifikanz der Gesamtstichprobe im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	85 (16,6%)	109 (21,2%)	6 (1,2%)	200 (38,9%)
Klinisch verbessert „gesundet“	196 (38,2%)	4 (0,8%)	-	200 (38,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	6 (1,2%)	9 (1,8%)	15 (2,9%)
klinisch unverändert krank „krank“	48 (9,4%)	38 (7,4%)	12 (2,3%)	98 (19,1%)
SUMME	329 (64,1%)	157 (30,6%)	27 (5,3%)	513

Tabelle A4: Klinische und statistische Signifikanz der Gesamtstichprobe im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	55 (11,0%)	181 (36,2%)	1 (0,2%)	237 (47,4%)
Klinisch verbessert „gesundet“	161 (32,2%)	34 (6,8%)	-	195 (39,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	3 (0,6%)	9 (1,8%)	12 (2,4%)
klinisch unverändert krank „krank“	9 (1,8%)	43 (8,6%)	4 (0,8%)	56 (11,2%)
SUMME	225 (45,0%)	261 (52,2%)	14 (2,8%)	500

Tabelle A5: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	197 (66,1%)	3 (1,0%)	-	200 (67,1%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	51 (17,1%)	34 (11,4%)	13 (4,4%)	98 (32,9%)
SUMME	248 (83,2%)	37 (12,4%)	13 (4,4%)	298

Tabelle A6: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit pathologischem Prä-Wert im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	179 (71,3%)	16 (6,4%)	-	195 (78,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	17 (6,8%)	35 (13,9%)	1 (1,6%)	53 (21,4%)
SUMME	196 (79,0%)	51 (20,6%)	1 (0,4%)	248

Tabelle A7: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Gesamtstichprobe in der SCL-90-R und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL SOM	0,54 (0,53)	0,55 (0,59)	0,47 (0,47)	0,14	0,18
SCL ZWA	0,58 (0,60)	0,63 (0,65)	0,45 (0,47)	0,28	0,38
SCL UN	0,63 (0,71)	0,64 (0,69)	0,41 (0,49)	0,44	0,46
SCL DEP	0,60 (0,63)	0,62 (0,70)	0,44 (0,51)	0,31	0,35
SCL ÄN	0,53 (0,69)	0,55 (0,65)	0,34 (0,45)	0,42	0,46
SCL AGG	0,43 (0,53)	0,40 (0,53)	0,35 (0,47)	0,17	0,11
SCL PH	0,31 (0,54)	0,33 (0,53)	0,22 (0,38)	0,24	0,29
SCL PA	0,51 (0,67)	0,51 (0,67)	0,45 (0,54)	0,11	0,11
SCL PSY	0,29 (0,44)	0,30 (0,50)	0,22 (0,36)	0,19	0,22
SCL GSI	0,50 (0,49)	0,52 (0,54)	0,38 (0,39)	0,32	0,36
SCL PSDI	1,30 (0,44)	1,43 (0,49)	1,31 (0,47)	-0,03	0,26
SCL PST	29,45 (20,46)	28,92 (21,37)	23,58 (18,81)	0,31	0,28
BDI	7,36 (7,40)	8,44 (9,04)	6,45 (5,20)	0,18	0,38

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle A8: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Patienten mit pathologischem Ausgangswert in der SCL-90-R und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL SOM	0,81 (0,69)	0,86 (0,78)	0,47 (0,47)	0,72	0,83
SCL ZWA	0,78 (0,64)	0,83 (0,73)	0,45 (0,47)	0,70	0,81
SCL UN	0,95 (0,83)	0,92 (0,79)	0,41 (0,49)	1,10	1,04
SCL DEP	0,82 (0,68)	0,88 (0,81)	0,44 (0,51)	0,75	0,86
SCL ÄN	0,69 (0,69)	0,72 (0,76)	0,34 (0,45)	0,78	0,84
SCL AGG	0,65 (0,64)	0,58 (0,64)	0,35 (0,47)	0,64	0,49
SCL PH	0,54 (0,68)	0,53 (0,62)	0,22 (0,38)	0,84	0,81
SCL PA	0,86 (0,79)	0,94 (0,83)	0,45 (0,54)	0,76	0,91
SCL PSY	0,48 (0,56)	0,48 (0,68)	0,22 (0,36)	0,72	0,72
SCL GSI	0,67 (0,57)	0,68 (0,62)	0,38 (0,39)	0,74	0,76
SCL PSDI	1,39 (0,51)	1,55 (0,62)	1,31 (0,47)	0,17	0,51
SCL PST	40,08 (20,55)	37,41 (22,16)	23,58 (18,81)	0,88	0,74
BDI	10,59 (8,45)	12,33 (10,77)	6,45 (5,20)	0,80	1,13

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle A9: Klinische und statistische Signifikanz der Gesamtstichprobe im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	17 (9,7%)	104 (59,4%)	13 (7,4%)	134 (76,6%)
Klinisch verbessert „gesundet“	12 (6,9%)	2 (1,1%)	-	14 (8,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	13 (7,4%)	13 (7,4%)
klinisch unverändert krank „krank“	3 (1,7%)	5 (2,9%)	6 (3,2%)	14 (8,0%)
SUMME	32 (18,3%)	111 (63,4%)	32 (18,3%)	175

Tabelle A10: Klinische und statistische Signifikanz der Gesamtstichprobe im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	9 (5,3%)	128 (75,7%)	10 (5,9%)	147 (87,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	4 (2,4%)	0 (0,0%)	-	4 (2,4%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (0,6%)	10 (5,9%)	11 (6,5%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (0,6%)	4 (2,4%)	2 (1,2%)	7 (4,1%)
SUMME	14 (8,3%)	133 (78,7%)	22 (13,0%)	169

Tabelle 11: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	7 (6,8%)	51 (49,5%)	7 (6,8%)	65 (63,1%)
Klinisch verbessert „gesundet“	10 (9,7%)	4 (3,9%)	-	14 (13,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	10 (9,7%)	10 (9,7%)
klinisch unverändert krank „krank“	3 (2,9%)	6 (5,8%)	5 (4,9%)	14 (13,6%)
SUMME	20 (19,4%)	61 (59,2%)	22 (21,4%)	103

Tabelle A12: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit pathologischem Prä-Wert im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	4 (5,0%)	54 (67,5%)	3 (3,8%)	61 (76,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	3 (3,8%)	0 (0,0%)	-	3 (3,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (1,3%)	9 (11,3%)	10 (12,5%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (1,3%)	3 (3,8%)	2 (2,5%)	6 (7,5%)
SUMME	8 (10,0%)	58 (72,5%)	14 (17,5%)	80

Anhang B: Hypothese 2

Tabelle B1: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der depressiven Patienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Depressivität und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL GSI	1,31 (0,62)	0,69 (0,54)	0,38 (0,39)	2,37	0,79
SCL DEP	1,79 (0,80)	0,90 (0,73)	0,44 (0,51)	2,65	0,90
BDI	22,24 (9,58)	11,05 (8,94)	6,45 (5,20)	3,04	0,88

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B2: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der depressiven Patienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Depressivität und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL GSI	1,57 (0,50)	0,78 (0,58)	0,38 (0,39)	3,05	1,03
SCL DEP	2,10 (0,60)	0,99 (0,75)	0,44 (0,51)	3,25	1,08
BDI	27,23 (6,84)	12,73 (9,60)	6,45 (5,20)	4,00	1,21

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B3: Klinische und statistische Signifikanz aller depressiven Patienten im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	19 (9,3%)	30 (14,6%)	1 (0,5%)	50 (24,4%)
Klinisch verbessert „gesundet“	92 (44,9%)	0 (0,0%)	-	92 (44,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (1,0%)	4 (2,0%)	6 (2,9%)
klinisch unverändert krank „krank“	30 (14,6%)	21 (10,2%)	6 (2,9%)	57 (27,8%)
SUMME	141 (68,8%)	53 (25,8%)	11 (5,4%)	205

Tabelle B4: Klinische und statistische Signifikanz aller depressiven Patienten auf der SCL-90 Skala Depression unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	4 (2,0%)	33 (16,1%)	0 (0,0%)	37 (18,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	90 (43,9%)	11 (5,4%)	-	101 (49,3%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	4 (2,0%)	3 (1,5%)	7 (3,4%)
klinisch unverändert krank „krank“	19 (9,3%)	40 (19,5%)	1 (0,5%)	60 (29,3%)
SUMME	113 (55,1%)	88 (42,9%)	4 (2,0%)	205

Tabelle B5: Klinische und statistische Signifikanz aller depressiven Patienten im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	16 (8,0%)	44 (22,0%)	1 (0,5%)	61 (30,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	88 (44,0%)	13 (6,5%)	-	101 (50,5%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	3 (1,5%)	3 (1,5%)
klinisch unverändert krank „krank“	6 (3,0%)	28 (14,0%)	1 (0,5%)	35 (17,5%)
SUMME	110 (55,0%)	85 (42,5%)	5 (2,5%)	200

Tabelle B6: Klinische und statistische Signifikanz der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	92 (61,7%)	0 (0,0%)	-	92 (61,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	31 (20,8%)	20 (13,4%)	6 (4,0%)	57 (38,3%)
SUMME	123 (82,6%)	20 (13,4%)	6 (4,0%)	149

Tabelle B7: Klinische und statistische Signifikanz der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert auf der SCL-90 Skala Depression unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	95 (59,0%)	6 (3,7%)	-	101 (62,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	24 (14,9%)	33 (29,5%)	3 (1,9%)	60 (37,3%)
SUMME	119 (73,9%)	39 (24,2%)	3 (1,9%)	161

Tabelle B8: Klinische und statistische Signifikanz der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	95 (69,9%)	6 (4,4%)	-	101 (74,3%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	11 (8,1%)	23 (16,9%)	1 (0,7%)	35 (25,7%)
SUMME	106 (77,9%)	29 (21,3%)	1 (0,7%)	136

Tabelle B9: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der depressiven Patienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL GSI	0,58 (0,48)	0,57 (0,55)	0,38 (0,39)	0,51	0,49
SCL DEP	0,71 (0,61)	0,72 (0,76)	0,44 (0,51)	0,53	0,55
BDI	8,60 (6,65)	9,34 (9,48)	6,45 (5,20)	0,41	0,56

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B10: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der depressiven Patienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Depression und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL GSI	0,67 (0,52)	0,68 (0,59)	0,38 (0,39)	0,74	0,76
SCL DEP	0,78 (0,62)	1,03 (0,80)	0,44 (0,51)	0,67	1,16
BDI	9,83 (6,96)	11,65 (10,69)	6,45 (5,20)	0,61	1,00

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B11: Klinische und statistische Signifikanz aller depressiver Patienten im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	11 (16,2%)	36 (52,9%)	3 (4,4%)	50 (73,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	5 (7,4%)	1 (1,5%)	-	6 (8,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	4 (5,9%)	4 (5,9%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (2,9%)	3 (4,4%)	3 (4,4%)	8 (11,8%)
SUMME	18 (26,5%)	40 (58,8%)	10 (14,7%)	68

Tabelle B12: Klinische und statistische Signifikanz aller depressiver Patienten auf der SCL-90 Skala Depression unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (1,5%)	41 (60,3%)	1 (1,5%)	43 (63,2%)
Klinisch verbessert „gesundet“	7 (10,3%)	2 (2,9%)	-	9 (13,2%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (2,9%)	7 (10,3%)	9 (13,2%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (1,5%)	5 (7,4%)	1 (1,5%)	7 (10,3%)
SUMME	9 (13,2%)	50 (73,5%)	9 (13,2%)	68

Tabelle B13: Klinische und statistische Signifikanz aller depressiver Patienten im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	9 (13,4%)	43 (64,2%)	5 (7,5%)	57 (85,1%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (1,5%)	0 (0,0%)	-	1 (1,5%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	6 (9,0%)	6 (9,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	2 (3,0%)	1 (1,5%)	3 (4,5%)
SUMME	10 (14,9%)	45 (67,2%)	12 (17,9%)	67

Tabelle B14: Klinische und statistische Signifikanz der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	8 (15,7%)	22 (43,1%)	3 (5,9%)	33 (64,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	5 (9,8%)	1 (2,0%)	-	6 (11,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	4 (7,8%)	4 (7,8%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (3,9%)	3 (5,9%)	3 (5,9%)	8 (15,7%)
SUMME	15 (29,4%)	26 (51,0%)	10 (19,6%)	51

Tabelle B15: Klinische und statistische Signifikanz der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert auf der SCL-90 Skala Depression unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (1,9%)	29 (54,7%)	1 (1,9%)	31 (58,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	4 (7,5%)	2 (3,8%)	-	6 (11,3%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	3 (5,7%)	6 (11,3%)	9 (17,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (1,9%)	5 (9,4%)	1 (1,9%)	7 (13,2%)
SUMME	6 (11,3%)	39 (73,6%)	8 (15,1%)	53

Tabelle B16: Klinische und statistische Signifikanz der depressiven Patienten mit pathologischem Prä-Wert im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	6 (14,0%)	23 (53,5%)	4 (9,3%)	33 (76,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (2,3%)	0 (0,0%)	-	1 (2,3%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (2,3%)	5 (11,3%)	6 (14,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	2 (4,7%)	1 (2,3%)	3 (7,0%)
SUMME	7 (16,3%)	26 (60,5%)	10 (23,3%)	43

Tabelle B17: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der depressiven Patienten im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit, Phobische Angst, den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL GSI	1,24 (0,65)	0,56 (0,53)	0,38 (0,39)	2,21	0,46
SCL ÄN	1,65 (0,90)	0,69 (0,70)	0,34 (0,45)	2,91	0,78
SCL PH	1,67 (1,08)	0,51 (0,73)	0,22 (0,38)	3,82	0,76
ACQ	2,08 (0,59)	1,55 (0,57)	1,32 (0,32)	2,38	0,72
BSQ	2,78 (0,63)	1,93 (0,77)	1,65 (0,51)	2,22	0,55
MI-A	2,82 (0,97)	1,64 (0,70)	1,45 (0,48)	2,85	0,40
MI-B	2,11 (0,81)	1,38 (0,69)	1,22 (0,35)	2,54	0,46
BDI	17,51 (9,45)	8,45 (8,07)	6,45 (5,20)	2,13	0,38

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B18: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der depressiven Patienten im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit, Phobische Angst, den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL GSI	1,56 (0,53)	0,69 (0,54)	0,38 (0,39)	3,03	0,79
SCL ÄN	2,00 (0,74)	0,78 (0,70)	0,34 (0,45)	3,69	0,98
SCL PH	2,04 (0,91)	0,63 (0,78)	0,22 (0,38)	4,79	1,08
ACQ	2,30 (0,49)	1,63 (0,62)	1,32 (0,32)	3,06	0,97
BSQ	2,95 (0,50)	2,01 (0,79)	1,65 (0,51)	2,55	0,70
MI-A	3,13 (0,79)	1,74 (0,74)	1,45 (0,48)	3,50	0,60
MI-B	2,39 (0,73)	1,46 (0,77)	1,22 (0,35)	3,34	0,69
BDI	25,16 (6,53)	11,72 (8,56)	6,45 (5,20)	3,60	1,01

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B19: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	22 (14,7%)	24 (16,0%)	0 (0,0%)	46 (30,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	72 (48,0%)	2 (1,3%)	-	74 (49,3%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (0,7%)	1 (0,7%)	2 (1,3%)
klinisch unverändert krank „krank“	18 (12,0%)	8 (5,3%)	2 (1,3%)	28 (18,7%)
SUMME	112 (74,7%)	35 (23,3%)	3 (2,0%)	150

Tabelle B20: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten auf der SCL-90 Skala Ängstlichkeit unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	28 (18,7%)	0 (0,0%)	28 (18,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	58 (38,7%)	24 (16,0%)	-	82 (54,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (1,3%)	1 (0,7%)	3 (2,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	14 (9,3%)	22 (14,7%)	1 (0,7%)	37 (24,7%)
SUMME	72 (48,0%)	76 (50,7%)	2 (1,3%)	150

Tabelle B21: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten auf der SCL-90 Skala Phobische Angst unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	33 (22,0%)	0 (0,0%)	33 (22,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	41 (27,3%)	36 (24,0%)	-	77 (51,3%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	14 (9,3%)	25 (16,7%)	1 (0,7%)	40 (26,7%)
SUMME	55 (36,7%)	94 (62,7%)	1 (0,7%)	150

Tabelle B22: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im ACQ unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	27 (23,5%)	0 (0,0%)	27 (23,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	28 (24,3%)	22 (19,1%)	-	50 (43,5%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
klinisch unverändert krank „krank“	7 (6,1%)	28 (24,3%)	2 (1,7%)	37 (32,2%)
SUMME	35 (30,4%)	77 (67,0%)	3 (2,6%)	115

Tabelle B23: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im BSQ unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	7 (7,2%)	5 (5,2%)	0 (0,0%)	12 (12,4%)
Klinisch verbessert „gesundet“	47 (48,5%)	6 (6,2%)	-	53 (54,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (2,1%)	1 (1,0%)	3 (3,1%)
klinisch unverändert krank „krank“	14 (14,4%)	13 (13,4%)	2 (2,1%)	29 (29,9%)
SUMME	68 (70,1%)	26 (26,8%)	3 (3,1%)	97

Tabelle B24: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im MI-A unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (0,9%)	19 (17,6%)	0 (0,0%)	20 (18,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	53 (49,1%)	5 (4,6%)	-	58 (53,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	16 (14,8%)	14 (13,0%)	0 (0,0%)	30 (27,8%)
SUMME	70 (64,8%)	38 (35,2%)	0 (0,0%)	108

Tabelle B25: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im MI-B unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	25 (23,1%)	0 (0,0%)	25 (23,1%)
Klinisch verbessert „gesundet“	43 (39,8%)	17 (15,7%)	-	60 (55,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	1 (0,9%)	1 (0,9%)
klinisch unverändert krank „krank“	11 (10,2%)	9 (8,3%)	2 (1,9%)	22 (20,4%)
SUMME	54 (50,0%)	51 (47,2%)	3 (2,8%)	108

Tabelle B26: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	18 (12,2%)	55 (37,2%)	0 (0,0%)	73 (49,3%)
Klinisch verbessert „gesundet“	45 (30,4%)	14 (9,5%)	-	59 (39,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (0,7%)	2 (1,4%)	3 (2,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (1,4%)	11 (7,4%)	0 (0,0%)	13 (8,8%)
SUMME	65 (43,9%)	81 (54,7%)	2 (1,4%)	148

Tabelle B27: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	73 (71,6%)	1 (1,0%)	-	74 (72,5%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	20 (19,6%)	6 (5,9%)	2 (2,0%)	28 (27,5%)
SUMME	93 (91,2%)	7 (6,9%)	2 (2,0%)	102

Tabelle B28: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert auf der SCL-90 Skala Ängstlichkeit unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	65 (54,6%)	17 (14,3%)	-	82 (68,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	14 (11,8%)	22 (18,5%)	1 (0,8%)	37 (31,1%)
SUMME	79 (66,4%)	39 (32,8%)	1 (0,8%)	119

Tabelle B29: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert auf der SCL-90 Skala Phobische Angst unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	47 (40,2%)	30 (25,6%)	-	77 (65,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	17 (14,5%)	22 (18,8%)	1 (0,9%)	40 (34,2%)
SUMME	64 (54,7%)	52 (44,4%)	1 (0,9%)	117

Tabelle B30: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im ACQ unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	36 (41,4%)	14 (16,1%)	-	50 (57,5%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	11 (12,6%)	24 (27,6%)	2 (2,3%)	37 (42,5%)
SUMME	47 (54,0%)	38 (43,7%)	2 (2,3%)	87

Tabelle B31: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im BSQ unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	51 (62,2%)	2 (2,4%)	-	53 (64,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	18 (22,0%)	8 (9,8%)	3 (3,7%)	29 (35,4%)
SUMME	69 (84,1%)	10 (12,2%)	3 (3,7%)	82

Tabelle B32: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im MI-A unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	57 (64,8%)	1 (1,1%)	-	58 (65,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	20 (22,7%)	10 (11,4%)	0 (0,0%)	30 (34,1%)
SUMME	77 (87,5%)	11 (12,5%)	0 (0,0%)	88

Tabelle B33: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im MI-B unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	46 (56,1%)	14 (17,1%)	-	60 (73,2%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	12 (14,6%)	8 (9,8%)	2 (2,4%)	22 (26,8%)
SUMME	58 (70,7%)	22 (26,8%)	2 (2,4%)	82

Tabelle B34: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	50 (75,8%)	4 (6,1%)	-	54 (81,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	5 (7,6%)	7 (10,6%)	0 (0,0%)	12 (18,2%)
SUMME	55 (83,3%)	11 (16,7%)	0 (0,0%)	66

Tabelle B35: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Angstpatienten im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit, Phobische Angst, den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL GSI	0,46 (0,44)	0,44 (0,37)	0,38 (0,39)	0,21	0,15
SCL ÄN	0,67 (0,72)	0,58 (0,58)	0,34 (0,45)	0,73	0,53
SCL PH	0,45 (0,67)	0,36 (0,46)	0,22 (0,38)	0,61	0,37
ACQ	1,48 (0,47)	1,42 (0,41)	1,32 (0,32)	0,50	0,31
BSQ	1,79 (0,58)	1,82 (0,57)	1,65 (0,51)	0,27	0,33
MI-A	1,62 (0,66)	1,62 (0,82)	1,45 (0,48)	0,35	0,35
MI-B	1,33 (0,58)	1,35 (0,58)	1,22 (0,35)	0,31	0,37
BDI	7,57 (6,62)	7,67 (6,44)	6,45 (5,20)	0,22	0,23

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B36: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Angstpatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf den SCL-90 Skalen Ängstlichkeit, Phobische Angst, den AKV-Bogen ACQ, BSQ, MI-A und MI-B und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL GSI	0,56 (0,48)	0,50 (0,41)	0,38 (0,39)	0,46	0,31
SCL ÄN	0,77 (0,77)	0,62 (0,60)	0,34 (0,45)	0,96	0,62
SCL PH	0,56 (0,72)	0,41 (0,47)	0,22 (0,38)	0,89	0,50
ACQ	1,48 (0,32)	1,46 (0,44)	1,32 (0,32)	0,50	0,43
BSQ	1,88 (0,59)	1,92 (0,62)	1,65 (0,51)	0,45	0,53
MI-A	1,72 (0,69)	1,71 (0,87)	1,45 (0,48)	0,56	0,54
MI-B	1,41 (0,66)	1,41 (0,67)	1,22 (0,35)	0,54	0,54
BDI	10,49 (6,30)	10,72 (7,55)	6,45 (5,20)	0,78	0,82

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B37: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	8 (14,8%)	31 (57,4%)	6 (11,1%)	45 (83,3%)
Klinisch verbessert „gesundet“	2 (3,7%)	1 (1,9%)	-	3 (5,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	2 (3,7%)	2 (3,7%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (3,7%)	2 (3,7%)	0 (0,0%)	4 (7,4%)
SUMME	12 (22,2%)	34 (63,0%)	8 (14,8%)	54

Tabelle B38: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten auf der SCL-90 Skala Ängstlichkeit unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	37 (68,5%)	0 (0,0%)	37 (68,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	3 (5,6%)	3 (5,6%)	-	6 (11,1%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (3,7%)	4 (7,4%)	6 (11,1%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (3,7%)	3 (5,6%)	0 (0,0%)	5 (9,3%)
SUMME	5 (9,6%)	45 (83,3%)	4 (7,4%)	54

Tabelle B39: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten auf der SCL-90 Skala Phobische Angst unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	33 (61,1%)	0 (0,0%)	33 (61,1%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (1,9%)	7 (13,0%)	-	8 (14,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	5 (9,3%)	3 (5,6%)	8 (14,8%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (3,7%)	3 (5,6%)	0 (0,0%)	5 (9,3%)
SUMME	3 (5,6%)	48 (88,9%)	3 (5,6%)	54

Tabelle B40: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im ACQ unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	2 (4,7%)	25 (58,1%)	0 (0,0%)	27 (62,8%)
Klinisch verbessert „gesundet“	2 (4,7%)	3 (7,0%)	-	5 (11,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	3 (7,0%)	3 (7,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (4,7%)	5 (11,6%)	1 (2,3%)	8 (18,6%)
SUMME	6 (14,0%)	33 (76,7%)	4 (9,3%)	43

Tabelle B41: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im BSQ unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (2,3%)	23 (53,5%)	2 (4,7%)	26 (60,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	2 (4,7%)	1 (2,3%)	-	3 (7,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (2,3%)	4 (9,3%)	5 (11,6%)
klinisch unverändert krank „krank“	3 (7,0%)	5 (11,6%)	1 (2,3%)	9 (20,9%)
SUMME	6 (14,0%)	30 (69,8%)	7 (16,3%)	43

Tabelle B42: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im MI-A unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	24 (61,5%)	0 (0,0%)	24 (61,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (2,6%)	2 (5,1%)	-	3 (7,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (5,1%)	3 (7,7%)	5 (12,8%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (5,1%)	4 (10,3%)	1 (2,6%)	7 (17,9%)
SUMME	3 (7,7%)	32 (82,1%)	4 (10,3%)	39

Tabelle B43: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im MI-B unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	29 (74,4%)	0 (0,0%)	29 (74,4%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (2,6%)	0 (0,0%)	-	1 (2,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (5,1%)	2 (5,1%)	4 (10,3%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	5 (12,8%)	0 (0,0%)	5 (12,8%)
SUMME	1 (2,6%)	36 (92,3%)	2 (5,1%)	39

Tabelle B44: Klinische und statistische Signifikanz aller Angstpatienten im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	5 (9,6%)	39 (75,0%)	4 (7,7%)	48 (92,3%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (1,9%)	0 (0,0%)	-	1 (1,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	1 (1,9%)	1 (1,9%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	2 (3,8%)	0 (0,0%)	2 (3,8%)
SUMME	6 (11,5%)	41 (78,8%)	5 (9,6%)	52

Tabelle B45: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	5 (13,2%)	22 (57,9%)	2 (5,3%)	29 (76,4%)
Klinisch verbessert „gesundet“	2 (5,3%)	1 (2,6%)	-	3 (7,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (5,3%)	2 (5,3%)	2 (5,3%)	6 (15,8%)
SUMME	9 (23,7%)	25 (65,8%)	4 (10,5%)	38

Tabelle B46: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert auf der SCL-90 Skala Ängstlichkeit unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	28 (65,1%)	0 (0,0%)	28 (65,1%)
Klinisch verbessert „gesundet“	3 (7,0%)	2 (4,7%)	-	5 (11,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (4,7%)	3 (7,0%)	5 (11,6%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (4,7%)	3 (7,0%)	0 (0,0%)	5 (11,6%)
SUMME	5 (11,6%)	35 (81,4%)	3 (7,0%)	43

Tabelle B47: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert auf der SCL-90 Skala Phobische Angst unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	22 (52,4%)	0 (0,0%)	22 (52,4%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (2,4%)	7 (16,7%)	-	8 (19,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	5 (11,9%)	2 (4,8%)	7 (16,7%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (4,8%)	3 (7,1%)	0 (0,0%)	5 (11,9%)
SUMME	3 (7,1%)	37 (88,1%)	2 (4,8%)	42

Tabelle B48: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im ACQ unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (3,3%)	16 (53,3%)	0 (0,0%)	17 (56,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	2 (6,7%)	3 (10,0%)	-	5 (16,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	2 (6,7%)	2 (6,7%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	5 (16,7%)	1 (3,3%)	6 (20,0%)
SUMME	3 (10,0%)	24 (80,0%)	3 (10,0%)	30

Tabelle B49: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im BSQ unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (3,3%)	14 (46,7%)	2 (6,7%)	17 (56,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (3,3%)	1 (3,3%)	-	2 (6,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (3,3%)	3 (10,0%)	4 (13,3%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (6,7%)	4 (13,3%)	1 (3,3%)	7 (23,3%)
SUMME	4 (13,3%)	20 (66,7%)	6 (20,0%)	30

Tabelle B50: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im MI-A unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	17 (54,8%)	0 (0,0%)	17 (54,8%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (3,2%)	2 (6,5%)	-	3 (9,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	2 (6,5%)	3 (9,7%)	5 (16,1%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (6,5%)	3 (9,7%)	1 (3,2%)	6 (19,4%)
SUMME	3 (9,7%)	24 (77,4%)	4 (12,9%)	31

Tabelle B51: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im MI-B unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	20 (71,4%)	1 (3,6%)	21 (75,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (3,6%)	1 (3,6%)	2 (7,1%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	5 (17,9%)	0 (0,0%)	5 (17,9%)
SUMME	0 (0,0%)	26 (92,9%)	2 (7,1%)	28

Tabelle B52: Klinische und statistische Signifikanz der Angstpatienten mit pathologischem Prä-Wert im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	2 (9,5%)	14 (66,7%)	2 (9,5%)	18 (85,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	1 (4,8%)	1 (4,8%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	2 (9,5%)	0 (0,0%)	2 (9,5%)
SUMME	2 (9,5%)	16 (76,2%)	3 (14,3%)	21

Tabelle B53: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Patienten mit sozialer Phobie im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL GSI	1,31 (0,61)	0,60 (0,46)	0,38 (0,39)	2,38	0,56
SCL UN	1,84 (0,83)	0,88 (0,70)	0,41 (0,49)	2,92	0,96
BDI	19,05 (9,16)	9,08 (7,30)	6,45 (5,20)	2,42	0,51

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B54: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL GSI	1,59 (0,49)	0,66 (0,48)	0,38 (0,39)	3,10	0,72
SCL UN	2,13 (0,65)	0,97 (0,72)	0,41 (0,49)	3,51	1,14
BDI	26,29 (5,70)	11,13 (7,48)	6,45 (5,20)	3,82	0,90

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B55: Klinische und statistische Signifikanz aller Patienten mit sozialer Phobie im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	9 (11,3%)	11 (13,8%)	0 (0,0%)	20 (25,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	39 (48,8%)	0 (0,0%)	-	39 (48,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	3 (3,8%)	1 (1,3%)	4 (5,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	12 (15,0%)	3 (3,8%)	2 (2,5%)	17 (21,3%)
SUMME	60 (75,0%)	17 (21,3%)	3 (3,8%)	80

Tabelle B56: Klinische und statistische Signifikanz aller Patienten mit sozialer Phobie auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	15 (18,8%)	0 (0,0%)	15 (18,8%)
Klinisch verbessert „gesundet“	33 (41,3%)	8 (10,0%)	-	41 (51,3%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (1,3%)	1 (1,3%)	2 (2,5%)
klinisch unverändert krank „krank“	7 (8,8%)	15 (18,8%)	0 (0,0%)	22 (27,5%)
SUMME	40 (50,0%)	39 (48,8%)	1 (1,3%)	80

Tabelle B57: Klinische und statistische Signifikanz aller Patienten mit sozialer Phobie im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	8 (10,1%)	27 (34,2%)	0 (0,0%)	35 (44,3%)
Klinisch verbessert „gesundet“	28 (35,4%)	5 (6,3%)	-	33 (41,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (1,3%)	2 (2,5%)	3 (3,8%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (2,5%)	6 (7,6%)	0 (0,0%)	8 (10,1%)
SUMME	38 (48,1%)	39 (49,4%)	2 (2,5%)	79

Tabelle B58: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	39 (69,6%)	0 (0,0%)	-	39 (69,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	13 (23,2%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)	17 (30,4%)
SUMME	52 (92,9%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)	56

Tabelle B59: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	36 (57,1%)	5 (7,9%)	-	41 (65,1%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	10 (15,9%)	12 (19,0%)	0 (0,0%)	22 (34,9%)
SUMME	46 (73,0%)	17 (27,0%)	0 (0,0%)	63

Tabelle B60: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Prä-Wert im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	30 (73,2%)	3 (7,3%)	-	33 (80,5%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	3 (7,3%)	5 (12,2%)	0 (0,0%)	8 (19,5%)
SUMME	33 (80,5%)	8 (19,5%)	0 (0,0%)	41

Tabelle B61: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Patienten mit sozialer Phobie im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL GSI	0,62 (0,49)	0,68 (0,39)	0,38 (0,39)	0,62	0,76
SCL UN	0,94 (0,79)	1,02 (0,73)	0,41 (0,49)	1,08	1,24
BDI	7,61 (7,43)	9,30 (7,35)	6,45 (5,20)	0,22	0,55

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B62: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL GSI	0,69 (0,54)	0,75 (0,40)	0,38 (0,39)	0,79	0,95
SCL UN	1,08 (0,79)	1,14 (0,73)	0,41 (0,49)	1,36	1,49
BDI	12,55 (7,90)	13,64 (7,65)	6,45 (5,20)	1,17	1,38

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B63: Klinische und statistische Signifikanz aller Patienten mit sozialer Phobie im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	13 (54,2%)	4 (16,7%)	17 (70,8%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (4,2%)	2 (8,3%)	-	3 (12,5%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (4,2%)	2 (8,3%)	1 (4,2%)	4 (16,7%)
SUMME	2 (8,3%)	17 (70,8%)	5 (20,8%)	24

Tabelle B64: Klinische und statistische Signifikanz aller Patienten mit sozialer Phobie auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	10 (41,7%)	0 (0,0%)	10 (41,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (4,2%)	3 (12,5%)	-	4 (16,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	3 (12,5%)	1 (4,2%)	4 (16,7%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	6 (25,0%)	0 (0,0%)	6 (25,0%)
SUMME	1 (4,2%)	22 (91,7%)	1 (4,2%)	24

Tabelle B65: Klinische und statistische Signifikanz aller Patienten mit sozialer Phobie im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (4,3%)	17 (73,9%)	2 (8,7%)	20 (87,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	3 (13,0%)	0 (0,0%)	3 (13,0%)
SUMME	1 (4,3%)	20 (87,0%)	2 (8,7%)	23

Tabelle B66: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	7 (38,9%)	4 (22,2%)	11 (61,1%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (5,6%)	2 (11,1%)	-	3 (16,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (5,6%)	3 (16,7%)	0 (0,0%)	4 (22,2%)
SUMME	2 (11,1%)	12 (66,7%)	4 (22,2%)	18

Tabelle B67: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert auf der SCL-90 Skala Unsicherheit im Sozialkontakt unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	6 (30,0%)	0 (0,0%)	6 (30,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (5,0%)	3 (15,0%)	-	4 (20,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	3 (15,0%)	1 (5,0%)	4 (20,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	6 (30,0%)	0 (0,0%)	6 (30,0%)
SUMME	1 (5,0%)	18 (90,0%)	1 (5,0%)	20

Tabelle B68: Klinische und statistische Signifikanz der Patienten mit sozialer Phobie mit pathologischem Ausgangswert im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (9,1%)	7 (63,6%)	0 (0,0%)	8 (72,7%)
Klinisch verbessert „gesundet“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	3 (27,3%)	0 (0,0%)	3 (27,3%)
SUMME	1 (9,1%)	10 (90,9%)	0 (0,0%)	11

Tabelle B69: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte aller Zwangspatienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL GSI	1,01 (0,58)	0,59 (0,58)	0,38 (0,39)	1,62	0,54
SCL ZWA	1,58 (0,80)	0,86 (0,77)	0,45 (0,47)	2,40	0,87
BDI	18,44 (10,46)	8,55 (9,55)	6,45 (5,20)	2,31	0,40

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B70: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	Prä M (SD)	Post M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Prä	Z-Wert Post
SCL GSI	1,45 (0,53)	0,86 (0,70)	0,38 (0,39)	2,74	1,23
SCL ZWA	1,96 (0,60)	1,06 (0,80)	0,45 (0,47)	3,21	1,30
BDI	28,32 (7,38)	13,89 (11,29)	6,45 (5,20)	4,19	1,43

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B71: Klinische und statistische Signifikanz aller Zwangspatienten im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	12 (27,9%)	9 (20,9%)	0 (0,0%)	21 (48,8%)
Klinisch verbessert „gesundet“	12 (27,9%)	0 (0,0%)	-	12 (27,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	1 (2,3%)	1 (2,3%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	8 (18,6%)	1 (2,3%)	9 (20,9%)
SUMME	24 (55,8%)	17 (39,5%)	2 (4,7%)	43

Tabelle B72: Klinische und statistische Signifikanz aller Zwangspatienten auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	13 (30,2%)	0 (0,0%)	13 (30,2%)
Klinisch verbessert „gesundet“	13 (30,2%)	4 (9,3%)	-	17 (39,5%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (4,7%)	11 (25,6%)	0 (0,0%)	13 (30,2%)
SUMME	15 (34,9%)	28 (65,1%)	0 (0,0%)	43

Tabelle B73: Klinische und statistische Signifikanz aller Zwangspatienten im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	5 (11,6%)	18 (41,9%)	0 (0,0%)	23 (53,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	11 (25,6%)	2 (4,7%)	-	13 (30,2%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (2,3%)	0 (0,0%)	1 (2,3%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (2,3%)	5 (11,6%)	0 (0,0%)	6 (14,0%)
SUMME	17 (39,5%)	26 (60,5%)	0 (0,0%)	43

Tabelle B74: Klinische und statistische Signifikanz der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	12 (57,1%)	0 (0,0%)	-	12 (57,1%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (4,8%)	7 (33,3%)	1 (4,8%)	9 (42,9%)
SUMME	13 (61,9%)	7 (33,3%)	1 (4,8%)	21

Tabelle B75: Klinische und statistische Signifikanz der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	15 (50,0%)	2 (6,7%)	-	17 (56,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	2 (6,7%)	10 (33,3%)	1 (3,3%)	13 (43,3%)
SUMME	17 (56,7%)	12 (40,0%)	1 (3,3%)	30

Tabelle B76: Klinische und statistische Signifikanz der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im BDI unter der Bedingung Prä-Post

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
Klinisch verbessert „gesundet“	12 (63,2%)	1 (5,3%)	-	13 (68,4%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
klinisch unverändert krank „krank“	3 (15,8%)	3 (15,8%)	0 (0,0%)	6 (31,6%)
SUMME	15 (78,9%)	4 (21,1%)	0 (0,0%)	19

Tabelle B77: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte aller Zwangspatienten im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL GSI	0,42 (0,38)	0,49 (0,52)	0,38 (0,39)	0,10	0,28
SCL ZWA	0,59 (0,54)	0,71 (0,77)	0,45 (0,47)	0,30	0,55
BDI	5,88 (6,36)	8,24 (10,56)	6,45 (5,20)	-0,11	0,34

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B78: Mittelwerte, Standardabweichungen und z-Werte der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI, auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit und im BDI unter der Bedingung Post-FU

	Post M (SD)	FU M (SD)	Norm M (SD)	Z-Wert Post	Z-Wert FU
SCL GSI	0,57 (0,52)	0,59 (0,66)	0,38 (0,39)	0,49	0,54
SCL ZWA	0,71 (0,62)	0,93 (0,88)	0,45 (0,47)	0,55	1,02
BDI	10,83 (7,96)	12,50 (15,92)	6,45 (5,20)	0,84	1,16

Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle B79: Klinische und statistische Signifikanz aller Zwangspatienten im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	12 (70,6%)	1 (5,9%)	13 (76,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	2 (11,8%)	0 (0,0%)	-	2 (11,8%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	2 (11,8%)	2 (11,8%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
SUMME	2 (11,8%)	12 (70,6%)	3 (17,6%)	17

Tabelle B80: Klinische und statistische Signifikanz aller Zwangspatienten auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	13 (76,5%)	0 (0,0%)	13 (76,5%)
Klinisch verbessert „gesundet“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (5,9%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (5,9%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (5,9%)
SUMME	1 (5,9%)	14 (82,3%)	2 (11,8%)	17

Tabelle B81: Klinische und statistische Signifikanz aller Zwangspatienten im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (5,9%)	10 (58,8%)	4 (23,5%)	15 (88,2%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (5,9%)	0 (0,0%)	-	1 (5,9%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	1 (5,9%)	1 (5,9%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
SUMME	2 (11,8%)	10 (58,8%)	5 (29,4%)	17

Tabelle B82: Klinische und statistische Signifikanz der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im GSI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	4 (57,1%)	0 (0,0%)	4 (57,1%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (14,3%)	1 (14,3%)	-	2 (28,6%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	1 (14,3%)	1 (14,3%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
SUMME	1 (14,3%)	5 (71,4%)	1 (14,3%)	7

Tabelle B83: Klinische und statistische Signifikanz der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert auf der SCL-90 Skala Zwanghaftigkeit unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	0 (0,0%)	7 (63,6%)	0 (0,0%)	7 (63,6%)
Klinisch verbessert „gesundet“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	-	0 (0,0%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	1 (9,1%)	2 (18,2%)	3 (27,3%)
klinisch unverändert krank „krank“	1 (9,1%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (9,1%)
SUMME	1 (9,1%)	8 (72,7%)	2 (18,2%)	11

Tabelle B84: Klinische und statistische Signifikanz der Zwangspatienten mit pathologischem Ausgangswert im BDI unter der Bedingung Post-FU

	stat. verbessert	stat. unverändert	stat. verschlechtert	SUMME
klinisch unverändert gesund „gesund“	1 (16,7%)	3 (50,0%)	0 (0,0%)	4 (66,6%)
Klinisch verbessert „gesundet“	1 (16,7%)	0 (0,0%)	-	1 (16,7%)
klinisch verschlechtert „erkrankt“	-	0 (0,0%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)
klinisch unverändert krank „krank“	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)
SUMME	2 (33,3%)	3 (50,0%)	1 (16,7%)	6

Anhang C: Hypothese 3

Tabelle C1: Alter des Patienten bei der Prä-Messung, Korrelation mit dem Therapieerfolg

	GSI	BDI
n	512	499
M Alter (SD)	36,8 (11,7)	36,8 (11,8)
M Prä (SD)	1,11 (0,62)	17,94 (9,73)
M Post (SD)	0,57 (0,52)	8,79 (8,62)
S _D	0,57	9,55
mittlerer Effekt	0,93	0,96
Korr.	-0,12*	-.044
p	.011	.330
Effektstärke	-0,24	-

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C2: Alter des Patienten bei der Prä-Messung Korrelation mit der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

	GSI	BDI
n	175	169
M Alter (SD)	37,1 (11,4)	37,2 (11,5)
M Post (SD)	0,50 (0,49)	7,36 (7,40)
M FU (SD)	0,52 (0,54)	8,44 (9,04)
S _D	0,42	7,35
mittlerer Effekt	-0,04	-0,15
Korr.	-.024	-0,03
p	.755	.965
Effektstärke	-	-

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C3: Unterschied zwischen den Therapieerfolgen bei Frauen und Männern, t-Test

		GSI	BDI
Frau	n	337	329
	M Prä (SD)	1,13 (0,63)	18,03 (9,84)
	M Post (SD)	0,57 (0,52)	8,72 (8,53)
	S _D	0,59	9,91
	mittlerer Effekt	0,97	0,94
Mann	n	174	169
	M Prä (SD)	1,05 (0,63)	17,76 (9,60)
	M Post (SD)	0,59 (0,52)	9,04 (8,86)
	S _D	0,55	9,07
	mittlerer Effekt	0,82	0,96
t-Test	t	-1,544	0,219
	p	.123	.827

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C4: Unterschied in der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs bei Frauen und Männern, t-Test

		GSI	BDI
Frau	n	113	107
	M Post (SD)	0,49 (0,48)	6,99 (6,45)
	M FU (SD)	0,52 (0,55)	8,31 (9,18)
	S _D	0,42	7,17
	mittlerer Effekt	-0,07	-0,19
Mann	n	61	61
	M Post (SD)	0,53 (0,53)	8,12 (8,88)
	M FU (SD)	0,53 (0,52)	8,75 (8,90)
	S _D	0,44	7,74
	mittlerer Effekt	0,00	-0,08
t-Test	t	0,451	0,665
	p	.653	.507

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C5: Einfluss des Berufsstatus auf den Therapieerfolg, einfaktorielle Varianzanalyse

		GSI	BDI
Arbeiter/ Facharbeiter	n	52	52
	M Prä (SD)	1,14 (0,60)	18,23 (8,90)
	M Post (SD)	0,61 (0,54)	9,19 (10,32)
	S _D	0,54	10,13
	mittlerer Effekt	0,98	0,89
Angestellter/ Beamter	n	156	153
	M Prä (SD)	1,05 (0,62)	16,87 (9,60)
	M Post (SD)	0,46 (0,38)	7,18 (6,83)
	S _D	0,54	9,00
	mittlerer Effekt	1,11	1,08
Selbständig	n	18	18
	M Prä (SD)	0,94 (0,51)	15,89 (8,45)
	M Post (SD)	0,53 (0,56)	8,00 (9,00)
	S _D	0,37	7,00
	mittlerer Effekt	1,10	1,13
Rentner	n	22	22
	M Prä (SD)	0,93 (0,70)	18,82 (10,80)
	M Post (SD)	0,72 (0,58)	12,24 (9,71)
	S _D	0,59	11,69
	mittlerer Effekt	0,37	0,31
arbeitslos	n	64	62
	M Prä (SD)	1,28 (0,59)	20,92 (9,02)
	M Post (SD)	0,77 (0,57)	11,96 (9,92)
	S _D	0,56	9,61
	mittlerer Effekt	0,90	0,93
Hausfrau	n	26	24
	M Prä (SD)	1,30 (0,58)	20,83 (10,46)
	M Post (SD)	0,65 (0,65)	10,10 (11,43)
	S _D	0,68	11,73
	mittlerer Effekt	0,96	0,91
erwerbsunfähig	n	15	14
	M Prä (SD)	1,23 (0,83)	16,86 (12,54)
	M Post (SD)	0,87 (0,54)	16,50 (8,02)
	S _D	0,86	10,07
	mittlerer Effekt	0,42	0,04

Fortsetzung Tabelle C5

		GSI	BDI
in Ausbildung/ Umschulung	n	82	78
	M Prä (SD)	1,10 (0,60)	17,54 (9,86)
	M Post (SD)	0,54 (0,55)	7,91 (7,76)
	S _D	0,57	9,78
	mittlerer Effekt	0,98	0,98
ANOVA	F	F(7,427)= 2,277	F(7,415)= 3,432
	p	.028*	.001**

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C6: Einfluss des Berufsstatus auf die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs, einfaktorielle Varianzanalyse

		GSI	BDI
Arbeiter/ Facharbeiter	n	24	24
	M Post (SD)	0,66 (0,62)	10,41 (10,94)
	M FU (SD)	0,51 (0,65)	6,82 (8,49)
	S _D	0,39	6,45
	mittlerer Effekt	0,38	0,56
Angestellter/ Beamter	n	58	56
	M Post (SD)	0,49 (0,42)	6,57 (5,60)
	M FU (SD)	0,54 (0,53)	8,39 (8,15)
	S _D	0,41	6,33
	mittlerer Effekt	-0,13	-0,29
Selbständig	n	8	7
	M Post (SD)	0,20 (0,14)	3,57 (3,99)
	M FU (SD)	0,22 (0,17)	3,43 (1,40)
	S _D	0,23	3,85
	mittlerer Effekt	-0,07	0,04
Rentner	n	8	8
	M Post (SD)	0,26 (0,16)	8,13 (7,53)
	M FU (SD)	0,33 (0,25)	8,00 (5,98)
	S _D	0,14	7,64
	mittlerer Effekt	-0,46	0,02
arbeitslos	n	15	15
	M Post (SD)	0,62 (0,54)	9,75 (7,25)
	M FU (SD)	0,73 (0,52)	12,40 (8,89)
	S _D	0,47	7,55
	mittlerer Effekt	-0,23	-0,35

Fortsetzung Tabelle C6

		GSI	BDI
Hausfrau	n	9	7
	M Prä (SD)	0,64 (0,69)	8,06 (10,28)
	M FU (SD)	0,51 (0,55)	11,00 (14,12)
	S _D	0,50	5,77
	mittlerer Effekt	0,25	-0,51
erwerbsunfähig	n	3	3
	M Post (SD)	0,79 (0,72)	14,33 (9,02)
	M FU (SD)	1,18 (0,97)	23,67 (21,03)
	S _D	0,74	17,21
	mittlerer Effekt	-0,52	-0,54
in Ausbildung/ Umschulung	n	29	28
	M Post (SD)	0,50 (0,58)	6,16 (7,48)
	M FU (SD)	0,51 (0,61)	8,61 (11,12)
	S _D	0,53	9,36
	mittlerer Effekt	-0,02	-0,26
ANOVA	F	F(7,146)= 1,182	F(4,140)= 2,268
	p	.317	.032*

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C7: Kinderanzahl des Patienten, Korrelation mit dem Therapieerfolg

	GSI	BDI
n	400	389
M Kinderanzahl (SD)	0,78 (1,18)	0,78 (1,19)
M Prä (SD)	1,10 (0,62)	17,93 (9,91)
M Post (SD)	0,57 (0,52)	8,92 (9,00)
S _D	0,57	9,88
mittlerer Effekt	0,92	0,91
Korr.	.060	.037
p	.227	.472
Effektstärke	-	-

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C8: Kinderanzahl des Patienten, Korrelation mit der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

	GSI	BDI
n	143	137
M Kinderanzahl (SD)	0,76 (1,00)	0,74 (1,00)
M Post (SD)	0,50 (0,52)	7,32 (7,80)
M FU (SD)	0,51 (0,55)	8,41 (9,50)
S _D	0,44	7,65
mittlerer Effekt	-0,03	-0,14
Korr. p	-.053 .530	.030 .731
Effektstärke	-	-

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C9: Unterschied im Therapieerfolg zwischen ledigen und in Partnerschaft lebenden Patienten, t-Test

		GSI	BDI
in Partnerschaft	n	271	262
	M Prä (SD)	1,13 (0,62)	18,25 (10,09)
	M Post (SD)	0,59 (0,52)	9,19 (9,31)
	S _D	0,58	10,10
	mittlerer Effekt	0,93	0,90
ledig	n	180	177
	M Prä (SD)	1,09 (0,65)	17,47 (9,43)
	M Post (SD)	0,57 (0,51)	8,59 (7,70)
	S _D	0,55	9,19
	mittlerer Effekt	0,95	0,97
t-Test	t	-0,161	-0,709
	p	.872	.478

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C10: Unterschied in der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs zwischen ledigen und in Partnerschaft lebenden Patienten, t-Test

		GSI	BDI
in Partnerschaft	n	98	92
	M Post (SD)	0,49 (0,55)	7,52 (8,74)
	M FU (SD)	0,48 (0,53)	7,86 (9,11)
	S _D	0,44	7,36
	mittlerer Effekt	0,03	-0,05
ledig	n	60	60
	M Post (SD)	0,52 (0,45)	7,33 (5,66)
	M FU (SD)	0,59 (0,59)	9,68 (9,94)
	S _D	0,41	7,57
	mittlerer Effekt	-0,16	-0,31
T-Test	T	1,182	1,595
	p	.240	.113

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C11: Einfluss der Ausbildung auf den Therapieerfolg, einfaktorielle Varianzanalyse und Korrelation

		GSI	BDI
keine Ausbildung	n	12	12
	M Prä (SD)	1,14 (0,74)	20,83 (11,56)
	M Post (SD)	0,87 (0,78)	11,33 (11,81)
	S _D	0,62	10,03
	mittlerer Effekt	0,43	0,95
Hauptschule	n	102	101
	M Prä (SD)	1,21 (0,69)	18,50 (9,30)
	M Post (SD)	0,71 (0,59)	10,87 (9,03)
	S _D	0,63	10,12
	mittlerer Effekt	0,79	0,75
Realschule	n	127	125
	M Prä (SD)	1,10 (0,69)	16,39 (9,87)
	M Post (SD)	0,50 (0,44)	7,25 (7,26)
	S _D	0,55	9,12
	mittlerer Effekt	1,08	1,00
(Fach-) Abitur	n	112	108
	M Prä (SD)	1,08 (0,57)	18,46 (9,76)
	M Post (SD)	0,54 (0,51)	8,70 (9,36)
	S _D	0,54	10,49
	mittlerer Effekt	0,99	0,93
abgeschlossene (Fach)Hochschul-ausbildung	n	65	62
	M Prä (SD)	1,03 (0,57)	18,12 (9,53)
	M Post (SD)	0,48 (0,42)	8,79 (8,71)
	S _D	0,51	9,03
	mittlerer Effekt	1,07	1,03
ANOVA	F	F(4,413)= 2,250	F(4,403)= 1,126
	p	.063	.344
Spearman	Korr	.100*	.099*
	p	.040	.046
Effektstärke	d	0,20	0,20

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C12: Einfluss der Ausbildung auf die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs, einfaktorielle Varianzanalyse und Korrelation

		GSI	BDI
keine Ausbildung	n	0	0
	M Post (SD)	-	-
	M FU (SD)	-	-
	S _D	-	-
	mittlerer Effekt	-	-
Hauptschule	n	33	33
	M Post (SD)	0,65 (0,60)	10,24 (8,82)
	M FU (SD)	0,68 (0,78)	11,12 (13,00)
	S _D	0,67	10,51
	mittlerer Effekt	-0,05	-0,08
Realschule	n	52	49
	M Post (SD)	0,49 (0,49)	5,65 (5,29)
	M FU (SD)	0,46 (0,38)	7,65 (7,97)
	S _D	0,40	6,81
	mittlerer Effekt	0,06	-0,29
(Fach-) Abitur	n	45	43
	M Post (SD)	0,52 (0,54)	7,15 (9,41)
	M FU (SD)	0,56 (0,60)	8,69 (9,15)
	S _D	0,33	7,11
	mittlerer Effekt	-0,12	-0,22
abgeschlossene (Fach)Hochschul- ausbildung	n	19	18
	M Post (SD)	0,35 (0,33)	7,39 (5,93)
	M FU (SD)	0,41 (0,50)	7,83 (7,65)
	S _D	0,31	4,59
	mittlerer Effekt	-0,18	-0,10
ANOVA	F	F (3,145) =0,405	F(3,139) =0,361
	p	.750	.781
Spearman	Korr	-.081	-.031
	p	.326	.717
Effektstärke	d	-	-

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C13: Anzahl der Therapiestunden, Korrelation mit dem Therapieerfolg

	GSI	BDI
n	270	262
M Anzahl Therapiestunden (SD)	35,84 (15,68)	35,87 (15,54)
M Prä (SD)	1,12 (0,64)	18,10 (9,61)
M Post (SD)	0,58 (0,51)	9,07 (8,47)
S _D	0,58	9,54
mittlerer Effekt	0,95	0,95
Korr.	.132*	.123*
p	.030	.047
Effektstärke	0,26	0,24

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C14: Anzahl der Therapiestunden, Korrelation mit der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

	GSI	BDI
n	116	109
M Anzahl Therapiestunden (SD)	37,09 (13,19)	37,25 (12,77)
M Post (SD)	0,51 (0,51)	7,35 (7,58)
M FU (SD)	0,52 (0,55)	8,27 (8,53)
S _D	0,41	7,06
mittlerer Effekt	-0,03	-0,13
Korr.	.064	-.044
p	.497	.651
Effektstärke	-	-

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C15: Therapiedauer, Korrelation mit dem Therapieerfolg

	GSI	BDI
n	507	495
M Dauer in Monaten (SD)	18,16 (12,16)	18,17 (12,19)
M Prä (SD)	1,10 (0,63)	17,88 (9,77)
M Post (SD)	0,57 (0,51)	8,83 (8,64)
S _D	0,57	9,60
mittlerer Effekt	0,93	0,94
Korr.	.027	.072
p	.550	.111
Effektstärke	-	-

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C16: Therapiedauer, Korrelation mit der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

	GSI	BDI
n	174	168
M Dauer in Monaten (SD)	16,78 (7,95)	16,59 (7,26)
M Post (SD)	0,50 (0,49)	7,37 (7,42)
M FU (SD)	0,52 (0,54)	8,42 (9,06)
S _D	0,42	7,36
mittlerer Effekt	-0,06	-0,14
Korr. p	-.050 .514	-.175** .023
Effektstärken	-	-0,37

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C17: Einfluss des Jahres der Prä-Messung auf den Therapieerfolg, einfaktorielle Varianzanalyse

		GSI	BDI
2001	n	58	56
	M Prä (SD)	1,25 (0,62)	18,52 (8,51)
	M Post (SD)	0,50 (0,49)	6,78 (6,57)
	S _D	0,53	9,17
	mittlerer Effekt	1,42	1,28
2002	n	87	83
	M Prä (SD)	1,08 (0,72)	17,65 (11,37)
	M Post (SD)	0,63 (0,51)	10,24 (8,51)
	S _D	0,63	10,30
	mittlerer Effekt	0,71	0,72
2003	n	53	53
	M Prä (SD)	1,15 (0,57)	18,68 (8,93)
	M Post (SD)	0,61 (0,48)	10,02 (8,45)
	S _D	0,51	8,14
	mittlerer Effekt	1,05	1,06
2004	n	50	48
	M Prä (SD)	1,24 (0,65)	19,13 (8,58)
	M Post (SD)	0,65 (0,52)	9,27 (7,51)
	S _D	0,62	8,11
	mittlerer Effekt	0,96	1,21

Fortsetzung Tabelle C17

		GSI	BDI
2005	n	91	86
	M Prä (SD)	1,15 (0,64)	19,01 (10,03)
	M Post (SD)	0,61 (0,58)	9,62 (10,56)
	S _D	0,55	9,98
	mittlerer Effekt	0,96	0,94
2006	n	71	72
	M Prä (SD)	0,95 (0,53)	16,16 (9,87)
	M Post (SD)	0,63 (0,58)	9,18 (9,14)
	S _D	0,59	10,00
	mittlerer Effekt	0,55	0,70
2007	n	58	58
	M Prä (SD)	1,07 (0,62)	17,39 (10,08)
	M Post (SD)	0,51 (0,46)	7,97 (8,19)
	S _D	0,53	10,08
	mittlerer Effekt	1,06	0,93
2008	n	31	30
	M Prä (SD)	0,93 (0,56)	18,00 (9,77)
	M Post (SD)	0,38 (0,42)	5,63 (6,76)
	S _D	0,55	9,77
	mittlerer Effekt	0,98	1,27
ANOVA	F	F(7,491)= 4,300	F(7,478)= 3,136
	p	.000**	.003**

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C18: Einfluss des Jahres der Prä-Messung auf die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs, einfaktorielle Varianzanalyse

		GSI	BDI
2001	n	18	17
	M Post (SD)	0,44 (0,38)	6,59 (5,80)
	M FU (SD)	0,54 (0,37)	10,12 (6,41)
	S _D	0,39	5,32
	mittlerer Effekt	-0,24	-0,66
2002	n	37	35
	M Post (SD)	0,55 (0,55)	8,20 (7,43)
	M FU (SD)	0,65 (0,65)	10,89 (11,12)
	S _D	0,54	8,62
	mittlerer Effekt	-0,17	-0,31
2003	n	50	20
	M Post (SD)	0,59 (0,47)	7,75 (7,22)
	M FU (SD)	0,46 (0,48)	6,75 (5,87)
	S _D	0,42	7,41
	mittlerer Effekt	0,31	0,13
2004	n	17	16
	M Post (SD)	0,58 (0,52)	7,94 (5,99)
	M FU (SD)	0,45 (0,41)	6,88 (7,76)
	S _D	0,28	5,88
	mittlerer Effekt	0,45	0,18
2005	n	28	28
	M Post (SD)	0,52 (0,54)	8,34 (10,71)
	M FU (SD)	0,49 (0,66)	8,13 (10,63)
	S _D	0,29	6,90
	mittlerer Effekt	0,10	0,03
2006	n	25	24
	M Post (SD)	0,52 (0,62)	7,03 (7,40)
	M FU (SD)	0,47 (0,50)	6,58 (6,04)
	S _D	0,47	6,33
	mittlerer Effekt	0,09	0,07

Fortsetzung Tabelle C18

		GSI	BDI
2007	n	22	22
	M Post (SD)	0,41 (0,28)	6,65 (5,30)
	M FU (SD)	0,62 (0,54)	10,50 (11,04)
	S _D	0,42	8,88
	mittlerer Effekt	-0,50	-0,43
ANOVA	F	F(6,160)= 2,251	F(6,155)= 2,104
	p	.041*	.056

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C19: Anzahl der F-Diagnosen, Korrelation mit dem Therapieerfolg

	GSI	BDI
n	487	475
M Diagnosen (SD)	1,68 (0,78)	1,68 (0,78)
M Prä (SD)	1,11 (0,63)	17,90 (9,56)
M Post (SD)	0,58 (0,52)	8,98 (8,72)
S _D	0,58	9,65
mittlerer Effekt	0,91	0,92
Korr.	.150**	.127**
p	.001	.007
Effektstärke	0,30	0,26

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52

Tabelle C20: Anzahl der F-Diagnosen, Korrelation mit der Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs

	GSI	BDI
n	170	164
M Diagnosen (SD)	1,61 (0,76)	1,60 (0,75)
M Post (SD)	0,51 (0,50)	7,43 (7,45)
M FU (SD)	0,52 (0,54)	8,52 (9,15)
S _D	0,43	7,43
mittlerer Effekt	-0,03	-0,15
Korr.	-.069	-.098
p	.370	.212
Effektstärke	-	-

* p<.05 ; ** p<.01; Anmerkungen: vgl. Abbildung 4, S. 52